

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE

REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR

Estágio II e Relatório

**O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO, AS
NECESSIDADES DA FAMÍLIA DO IDOSO COM
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E A
CONTINUIDADE DE CUIDADOS NO DOMICÍLIO**

Juliano de Assis dos Santos Branco

Fevereiro, 2014



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO
UNIDADE CURRICULAR
Estágio II e Relatório

O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO, AS
NECESSIDADES DA FAMÍLIA DO IDOSO COM
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E A
CONTINUIDADE DE CUIDADOS NO DOMICÍLIO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE NA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Juliano de Assis dos Santos Branco, nº 100430019

Orientadora: Professora Doutora Maria João Esparteiro

Coorientadora: Professora Mestre Júlia Santos

Fevereiro, 2014

PENSAMENTO

“A persistência é o melhor caminho para o êxito”

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

À Professora Orientadora Maria João Esparteiro e Professora Co-orientadora Júlia Santos, um muito obrigado pela sua orientação e dedicação.

Aos Enfermeiros Cooperantes do Estágio II, pela sua disponibilidade, dedicação, espírito de partilha e empenho na orientação da minha formação.

Aos meus pais, irmãos e família, amigos e colegas pelo vosso apoio neste percurso.

E à minha luz inspiradora que sempre me acompanhou neste processo e me deu forças para continuar...

RESUMO

Este trabalho surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e tem como objetivo refletir sobre as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas durante o ensino clínico designado por Estágio – II, bem como investigar se a identificação das necessidades da família do idoso com Acidente Vascular Cerebral, feita pelo enfermeiro de reabilitação, promove a continuidade de cuidados no domicílio.

No sentido de desenvolver esta temática, foi utilizada a metodologia PI[C]O com recurso à revisão sistemática da literatura, formulando a questão - **A identificação das necessidades da família, feita pelo enfermeiro de reabilitação, contribui para a continuidade de cuidados do idoso com AVC no domicílio?** - onde foram selecionados três artigos de investigação para análise, retirados das bases de dados eletrónicas CINAHL, MEDLINE e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive com texto integral, através da EBSCOhost.

Da análise dos artigos, conclui-se que o enfermeiro de reabilitação desempenha um papel fundamental na família do idoso com Acidente Vascular Cerebral, na identificação e satisfação das suas necessidades, de forma a formular um conjunto de intervenções específicas para promover uma participação ativa da família e, assim, assegurar a continuidade de cuidados no domicílio. Constata-se que a educação para a saúde favorece todo o processo de reabilitação do idoso com AVC, principalmente quando aliada à identificação das necessidades da família cuidadora. Assim, consegue-se reduzir ou mesmo evitar os efeitos negativos associados à prestação de cuidados de alguém dependente, como o stress, a angústia, depressão e fadiga.

Desta forma, cabe ao enfermeiro de reabilitação reconhecer as diferentes necessidades da família nas várias fases do processo de reabilitação do idoso, antecipar os desafios que podem encontrar e adequar a sua intervenção ao longo do processo de cuidados.

Palavras-chave: Enfermeiro; Reabilitação; Família; Acidente vascular cerebral.

ABSTRACT

This work comes as part of the 2nd Master's Degree in Nursing an Rehabilitation aims to reflect on the activities and skills acquired during clinical instruction designated by Stage - II, and investigate whether the identification of the needs of elderly family stroke rehabilitation done by nurses, promotes continuity of care at home.

In order to develop this theme, was use the methodology PI[C]O using the systematic literature review, and formulating the question - **Identifying the needs of the family, taken by the rehabilitation nurse, contributes to the continuity of care of the elderly with stroke at home?** - where three research papers were selected for analysis , taken from the electronic databases CINAHL , MEDLINE and Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive full-text through EBSCOhost.

The analysis of the articles, it is concluded that the rehabilitation nurse plays a key role in the family with elderly stroke in identifying and meeting their needs in order to formulate a set of specific interventions to promote active participation of the family and thus ensure continuity of care at home. It appears that the health education favors the process of rehabilitation of the elderly with stroke, especially when coupled with the identification of the needs of family caregivers. Thus, it can reduce or even avoid the negative effects associated with the care of someone dependent, such as stress, anxiety, depression and fatigue.

Therefore, it is for the rehabilitation nurse recognize the different needs of the family in various stages of the rehabilitation process of the elderly, anticipate the challenges they may encounter and tailor there intervention throughout the care process.

Keywords: Nurse, Rehabilitation, Caregiver; stroke.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	15
2. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NO ESTÁGIO II	20
2.1 Serviço de Reabilitação de Adultos do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão	21
2.2 Serviço de Medicina V do Centro Hospitalar Médio Tejo – Torres Novas	26
2.3 Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento (contexto opcional)	30
3. REVISÃO DA LITERATURA	37
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	37
3.2 O IDOSO EM SITUAÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	40
3.3 A FAMÍLIA ENQUANTO PRESTADORA DE CUIDADOS E A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO	43
4. METODOLOGIA DE PESQUISA	50
5. ANÁLISE E REFLEXÃO DOS ARTIGOS	52
CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	72
ANEXO I – Projeto de Estágio II – Contexto neurologia traumática	73
ANEXO II – Projeto de Estágio II – Contexto neurologia não traumática	88
ANEXO III - Projeto de Estágio II – Contexto opcional	100
ANEXO IV PANFLETO – EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO PARA PESSOA COM LESÃO VERTEBRO-MEDULAR	115
ANEXO V - PROTÓTIPO DE TREINO DO AUTOCUIDADO VESTIR-SE/DESPIR-SE	118

ANEXO VI - PROTÓTIPO DE ESTIMULAÇÃO DAS SENSIBILIDADES	120
ANEXO VII – LIMITADORES DE PESQUISA	123
ANEXO VIII – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ARTIGOS	125
ANEXO IX – RESULTADOS DAS CONJUGAÇÕES POSSÍVEIS DE DESCRITORES	127
ANEXO X – ANÁLISE DO ARTIGO - “Best Practices for Stroke Patient and Family Education in the Acute Care Setting: A Literature Review”	129
ANEXO XI – ANÁLISE DO ARTIGO – “Effect of stroke on family carers and family relationships”	133
ANEXO XII – ANÁLISE DO ARTIGO – “Informal primary carers of stroke survivors living at home – challenges, satisfactions and coping: A systematic review of qualitative studies”	136

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Análise do artigo “Best Practices for Stroke Patient and Family Education in the Acute Care Setting: A Literature Review”	130
Quadro II – Análise do artigo “Effect of stroke on family carers and family relationships”	134
Quadro III – Análise do artigo “Informal primary carers of stroke survivors living at home – challenges, satisfactions and coping: A systematic review of qualitative studies”	137

ÍNDICE DE TABELAS

	p.
Tabela I – Tabela de critérios para a formulação da pergunta PI[C]O.	50
Tabela II – Tabela de hierarquização das palavras-chave	51
Tabela III – Tabela de limitadores de pesquisa	124
Tabela IV – Tabela de critérios de inclusão/ exclusão para seleção dos artigos a estudar.	126
Tabela V – Tabela de resultados das conjugações possíveis de descritores	128

SIGLAS

AVD's - Atividades de Vida Diária

AIVD's – Atividades instrumentais da vida diária

ASIA - American Spinal Injury Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIF - Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMER – Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

MIF – Medida de Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PI[C]O - Participantes; Intervenções; [Comparações]; Outcomes

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

ABREVIATURAS

ed. - edição

nº - número

p. – página

Prof. - Professor

Vol. – Volume

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (2º CMER) da Escola Superior de Saúde de Santarém. Refere-se ao Estágio II e procura refletir e analisar criticamente as atividades realizadas, as competências adquiridas, a literatura e os dados relevantes para a prática avançada de Enfermagem. Pretende-se que esta reflexão e análise permita prestar cuidados diferenciados à pessoa em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica traumática e não-traumática e sua família.

O Estágio II foi desenvolvido em três Blocos (I, II, III) e, conseqüentemente, realizado em três contextos distintos, de modo a poder concretizar os objetivos estabelecidos.

Assim sendo, os Blocos do Estágio II tiveram lugar em:

- Bloco I - Serviço de Reabilitação de Adultos, do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, no período compreendido entre 27 de Fevereiro e 23 de Março de 2012, em contexto de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alterações neurológicas traumáticas;
- Bloco II - Serviço de Medicina V, do Centro Hospitalar Médio Tejo – Torres Novas, no período compreendido entre 09 de Abril e 11 de Maio de 2012, em contexto de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alterações neurológicas não-traumáticas;
- Bloco III - Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento (UCC), no período compreendido entre 21 de Maio e 15 de Junho de 2012, em contexto de cuidados de enfermagem de reabilitação nos Cuidados de Saúde Primários – Estágio de Opção.

Hoje em dia, as políticas nacionais encaminham-se para a manutenção das pessoas com dependência no seu domicílio, em que o cuidado prestado pela família assume particular relevância. Os esforços desenvolvidos ao longo dos últimos tempos, no sentido de dar respostas às pessoas na comunidade que carecem de continuidade de cuidados, têm sido incrementados, sendo, no entanto, ainda escassos para as necessidades sentidas pelas populações. O aumento alarmante de pessoas incapazes de satisfazer as suas exigências de autocuidado e de viver de forma autónoma,

concomitantemente com as alterações verificadas nas políticas em saúde, coloca então a família num plano central e decisivo no que concerne aos cuidados que presta aos elementos que a integram. Perante o panorama atual, são grandes os desafios que se colocam às famílias, pois o facto de um membro da família iniciar um processo de dependência altera a dinâmica familiar, acarretando uma mudança de papéis, gerando impacto negativo na economia familiar, na saúde e qualidade de vida dos seus membros (REGADAS; MARQUES; 2012).

Tal como refere DUARTE (2012), o domicílio requer do enfermeiro a ênfase na educação da pessoa e da família, a avaliação do ambiente da casa, a compreensão dos recursos da comunidade, a utilização da evidência para se adaptar aos cuidados domiciliários.

Nesta lógica, os objetivos gerais propostos para este trabalho são os seguintes:

- Analisar o processo de desenvolvimento das competências adquiridas, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Competências do Enfermeiro Especialista definidas pela Ordem dos Enfermeiros no decurso do Estágio - II;
- Aprofundar conhecimentos científicos ao nível da prática clínica, com o recurso à revisão sistemática da literatura.

Os objetivos específicos são:

- Identificar as necessidades da família do idoso com Acidente Vascular Cerebral, garantindo a continuidade de cuidados no domicílio;
- Refletir sobre as competências do enfermeiro de reabilitação e as suas áreas de atuação junto da família do idoso com Acidente Vascular Cerebral;
- Enquadrar a prática clínica desenvolvida baseada na evidência, com recurso à metodologia científica.

Quanto à forma como este trabalho se encontra estruturado, procurou-se, essencialmente, dividi-lo em duas partes fundamentais. Na primeira parte são definidos os conceitos abordados e é feita uma análise reflexiva sobre as atividades desenvolvidas no decorrer do ensino clínico. De entre as várias teorias que orientam os profissionais de enfermagem na sua prática, foi selecionado para este trabalho como referencial a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, por ser uma das teorias que mais se adequa à prática da enfermagem de reabilitação. Encara-se a pessoa enquanto sistema único, de cariz dinâmico em constante mudança e inter-relação fatorial, de desenvolvimento e contextual, uma vez que se considera fundamental que

o enfermeiro centre a sua intervenção no cliente¹, não descurando o seu meio ambiente, de forma intencional, interativa, alargada. Nesta circunstância, pela natureza dos cuidados que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação presta, atua adotando uma abordagem sistémica, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade com os outros profissionais, o que vai ao encontro dos postulados do Modelo Sistémico de Betty Neuman (NEUMAN, B.; FAWCETT, J.; 2011).

Na segunda parte pretende-se caracterizar a área de aprofundamento cognitivo que emergiu das práticas desenvolvidas no Estágio II, a qual é baseada na intervenção do enfermeiro de reabilitação na identificação das necessidades da família do idoso com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no domicílio. Assim, este trabalho vai ao encontro daquilo que está estipulado no REGULAMENTO nº 125/2011, relativo às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. De acordo com o documento, este profissional de saúde utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, de forma a proporcionar-lhes o direito à dignidade e à qualidade de vida. O tema abordado procura perceber qual o caminho adequado para a prática da enfermagem de reabilitação e o seu contributo nesta área, recorrendo à Prática Baseada na Evidência (PBE), suportada pela revisão sistemática da literatura, de forma a aprofundar a área que emergiu da análise reflexiva do Estágio II.

Dos resultados obtidos pela pesquisa, procurou-se analisar e refletir sobre os conceitos delineados, para estabelecer relações entre eles, de modo a sintetizar as ideias principais, bem como as limitações identificadas ao longo do trabalho e considerações para o futuro.

No final, serão apresentadas as conclusões e as referências bibliográficas.

¹ Cliente é o indivíduo, família, grupo ou comunidade alvo das intervenções de enfermagem, de acordo com o Modelo Sistémico de Betty Neuman (Neuman, B.; Fawcett, J.; 2011)

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

De forma a compreender a intervenção do enfermeiro de reabilitação na família da pessoa idosa em situação de Acidente Vascular Cerebral, houve necessidade de conceptualizar esta temática e contextualiza-la na atualidade.

Nos últimos anos tem-se assistido a um enorme progresso dos cuidados de saúde, muito devido ao avanço tecnológico; às novas formas de diagnóstico e de tratamento, que aumentam a esperança de vida da população; e à exigência das pessoas que acompanham a evolução social. Paralelamente a este progresso, torna-se necessário o desenvolvimento de novas políticas que atravessem todos os setores de atividade da sociedade, no sentido de promover não só um envelhecimento ativo mas também o entendimento da pessoa idosa como um ativo da sociedade, passível de gerar valor (MENOITA *et al*, 2012).

Também devido ao avanço técnico-científico, existe hoje uma maior consciencialização dos problemas que podem advir do envelhecimento da população e da importância da manutenção da qualidade de vida² dos idosos, sendo reconhecido que o contributo dos cuidadores informais é fundamental (SEQUEIRA, 2010). Assim, ao invés dos profissionais de saúde centrarem a sua atenção apenas na doença e nas necessidades físicas das pessoas, valoriza-se hoje uma reintegração adequada na comunidade, tendo atenção a variáveis como os sistemas de suporte familiar, localização geográfica, acessos aos recursos da comunidade, recursos financeiros, barreiras psicossociais e acessos aos serviços de cuidados de saúde (HOEMAN 2011).

Segundo MENOITA *et al* (2012), a **Reabilitação**, enquanto processo educativo, tem de ser dinâmica, contínua e progressiva, e deve ter como objetivos a recuperação funcional da pessoa, a sua reintegração na família e na comunidade. A mesma autora refere que a reabilitação tem como objetivo melhorar ou substituir a função e limitar o impacto da incapacidade.

Para HOEMAN (2011), **Enfermagem de Reabilitação**, é um processo criativo que se inicia nos cuidados de prevenção primária, no primeiro estadio da doença ou

² Qualidade de vida, segundo a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (1997), é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

acidente (prevenção secundária) e continua na fase de recuperação, implicando uma adaptação de todo o ser a uma nova vida (prevenção terciária). Segundo a mesma autora, a enfermagem de reabilitação segue os seguintes pressupostos, dirigidos à pessoa cuidada:

Definir objetivos para níveis máximos de interdependência funcional e atividades de vida diária; promover o autocuidado, prevenir complicações e posterior deficiência; reforçar comportamentos de adaptação positiva; assegurar a acessibilidade e a continuidade de serviços e cuidados; advogar uma qualidade de vida ótima; melhorar os resultados esperados; contribuir para reformas no carácter, estrutura e prestação de cuidados nos serviços de saúde (HOEMAN, 2011, p.3).

O REGULAMENTO n.º 122/2011 e o REGULAMENTO n.º 125/2011, publicados em Diário da República, definem as competências comuns de um enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, respetivamente. Segundo o REGULAMENTO n.º 125/2011, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação visam principalmente cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Considerando a família como o principal suporte de cuidados dos seus elementos dependentes, torna-se importante inclui-la em todo o processo de cuidados como parte integrante na intervenção de enfermagem de reabilitação. De facto, a família é geralmente a primeira instituição a que os profissionais de saúde podem recorrer para garantir o suporte social indispensável à reinserção e reabilitação social (MENOITA *et al* 2012). Pretende-se que a relação entre enfermeiro e família produza conhecimentos, estratégias e recursos que permitam a ocorrência de mudanças positivas para a pessoa em situação de doença (KAAKINEN; BIRENBAUM; 2011).

Assim, o conhecimento profundo e especializado do enfermeiro de reabilitação permite-lhe adotar eficazmente a perspetiva holística do cuidado, considerando a pessoa, a família e o ambiente como partes integrantes e indissociáveis dos seus processos de decisão. A promoção para o autocuidado representa uma área de excelência do enfermeiro de reabilitação, com ganhos em saúde bem visíveis no que respeita à promoção da autonomia, ao planeamento das altas, à continuidade de cuidados e à plena reintegração na comunidade (REGULAMENTO n.º 125/2011).

Desta forma, envelhecer com saúde e com autonomia, durante mais tempo possível, constitui um desafio que apela à responsabilidade individual e coletiva, com

tradução significativa no desenvolvimento socioeconómico dos países, uma vez que com o avanço da idade, muitas são as doenças que podem condicionar a qualidade de vida das pessoas. Uma delas é o AVC que, como já foi referido anteriormente, tem particular relevância neste trabalho.

Sabe-se que o AVC é uma das principais causas de morte e deficiência a nível mundial e, apesar dos inúmeros esforços realizados para tentar minimizar a sua incidência, a sua prevenção constitui ainda hoje uma lacuna nos países desenvolvidos. Segundo a DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2001), o AVC é a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas. De entre as várias incapacidades que a doença pode provocar, destaca-se a hemiplegia como sendo aquela que mais conduz a alterações significativas na qualidade de vida da pessoa idosa, família e comunidade. É então emergente intervir junto das mesmas, indo ao encontro das políticas de saúde em vigor, que cada vez mais estão centradas numa recuperação global da pessoa no seu domicílio (BRANCO *et al*, 2010).

Para a elaboração deste trabalho foi adotado o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, no sentido de fundamentar a intervenção do enfermeiro de reabilitação na família da pessoa idosa em situação de AVC, uma vez que permite enquadrar a pessoa/cliente num sistema - seja ele a família, comunidade ou instituição hospitalar -, sendo reconhecido que o seu processo saúde-doença está em constante interação com o meio ambiente e é afetado por diferentes fatores de stress, que lhe podem provocar desequilíbrio.

De acordo com este modelo, a **saúde** é definida como um estado dinâmico de bem-estar ou de doença, determinada por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. Existe uma interação harmoniosa do sistema tendo em vista o bem-estar. A saúde equivale a estabilidade, sendo considerada como o melhor estado de saúde para o cliente. O nível de saúde de um sistema varia, devido à reação e à adaptação do mesmo aos agentes stressores. Neste contexto, os cuidados de enfermagem são perspectivados como intervenções que visam a integridade da pessoa e da sua resposta aos agentes stressores, com o objetivo de lhes reduzir o efeito. A autora entende saúde como um *continuum*, e não como uma dicotomia de bem-estar e doença (NEUMAN; FAWCETT; 2011).

A **pessoa** é encarada de uma forma holística, perspectivando-a como um ser multidimensional e único, com características pessoais inatas, que interage constantemente com o ambiente que a rodeia, tendo sempre em conta os fatores fisiológicos (referentes à estrutura e função corporal), psicológicos (referentes aos processos de pensamento e reflexão), socioculturais (referentes às funções sociais e culturais), de desenvolvimento (referentes às tarefas de cada etapa do ciclo vital) e

espirituais (referentes às influências exercidas pela crença espiritual) (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

O **ambiente** é considerado como os fatores ou as influências internas e externas que rodeiam ou interagem com a pessoa ou com o sistema. Desta forma, a pessoa pode ser influenciada de forma positiva ou negativa por estas forças, em qualquer momento. O stress ou os fatores stressantes são todos os agentes que têm a capacidade de interferir no equilíbrio do sistema e provocar instabilidade e dependendo da sua intensidade, podem induzir a uma reação de alarme, ou até de rutura do seu ponto de equilíbrio (FREESE, 2004). Com este sistema, acredita-se que os enfermeiros possam atuar de forma atempada com a pessoa, através da promoção de saúde (prevenção primária), ações corretivas de enfermagem (prevenção secundária) ou ações reabilitadoras de enfermagem (prevenção terciária), com o intuito de manter ou reencontrar o equilíbrio do sistema (GEORGE, 2000).

No que diz respeito ao conceito de **enfermagem**, NEUMAN e FAWCETT (2011) definem-o como uma profissão única, que encara o cliente de forma holística, com o objetivo de promover ações que ajudem o cliente a manter, reter ou atingir a estabilidade, através da prevenção primária, secundária e terciária. Para isso, o enfermeiro deve investigar as reações potenciais ou vigentes dos stressores, e auxiliar na busca do bem-estar. O enfermeiro que oriente a sua intervenção pela conceção sistémica de Neuman no “cuidar de quem cuida”, tem como objetivo principal manter as variáveis positivas de bem-estar e procurar reduzir os efeitos das variáveis negativas, no sentido de manter o sistema cliente num nível ótimo de bem-estar.

Esta estrutura capacita os enfermeiros a intervirem de acordo com os três níveis de prevenção já referidos, com o intuito de manter ou restaurar o equilíbrio do sistema. É através destes que os enfermeiros podem educar os clientes, uma vez que a informação que os enfermeiros proporcionam permite-lhes atingir níveis ótimos de saúde, prevenir problemas de saúde e minimizar a incapacidade (ONEGA; DEVERS; 2011). Assim sendo, a prevenção primária ocorre antes de o sistema sentir a reação provocada pelo agente *stressor*. Tem o objetivo de fortalecer a linha flexível de defesa, através de ações que previnam o stress e reduzam os fatores de risco, como educação em saúde, imunização, etc. Esse tipo de prevenção deve ser realizado quando o risco é identificado. Quando o sistema reage ao *stressor*, manifestando sintomas, é realizada a prevenção secundária, que enfoca o fortalecimento das linhas internas, tratando os sintomas com a intenção de readquirir a estabilidade perdida. A prevenção terciária tem o objetivo de manter o bem-estar através das estratégias da prevenção secundária. Ela pode ter início em qualquer ponto após a estabilidade do sistema ter sido restabelecida (NEUMAN.; FAWCETT; 2011).

Neste âmbito, o conceito de holismo é uma constante no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, pois confere uma preocupação pelo todo, numa interação dinâmica com as diversas partes do mesmo, cujo objetivo é a harmonia do sistema.

Segundo BRANCO *et al* (2010), as políticas de cuidados de saúde, no que diz respeito ao tratamento da doença e reabilitação da pessoa, estão hoje mais centradas na comunidade, sendo cada vez mais curto o tempo de duração dos internamentos hospitalares na maioria dos países. O regresso a casa cada vez mais precoce implica uma melhor compreensão sobre as relações familiares e os seus processos de saúde e doença. Uma das questões que estes autores levantam prende-se com o facto de como poderá a família cuidar, se não for devidamente preparada.

Estas transformações recentes pressupõem que a família adote adequadamente novas funções quando a pessoa com necessidades de cuidados de saúde regressa a casa, apelando ao novo estatuto dos membros familiares, num desenvolvimento responsável e consciente dos valores socioculturais da família e da sociedade (MENOITA *et al*, 2012).

2. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NO ESTÁGIO – II

Conforme foi referido na introdução deste trabalho, no âmbito da componente prática do Estágio II do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde de Santarém, foi proposta a realização de três estágios com características particulares, sendo um deles opcional, de forma a promover o processo de desenvolvimento e aquisição das competências do enfermeiro de reabilitação previstos no REGULAMENTO nº125/2011 relativos às competências do Enfermeiro Especialista Enfermagem de Reabilitação e as competências comuns do Enfermeiro Especialista no REGULAMENTO nº122/2011.

O Estágio II foi desenvolvido em três blocos distintos e teve como objetivos:

- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica visando a sua independência máxima.
- Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da sua área de especialização em enfermagem.

Para a operacionalização do estágio foi realizado um projeto de estágio para cada bloco (ANEXOS I, II e III). A realização destes projetos permitiu organizar as atividades a desenvolver nos vários campos de estágio de forma a atingir os objetivos estabelecidos para cada contexto específico.

Sendo os estágios momentos particulares para a aquisição de competências e de conhecimentos específicos, no final de cada bloco, foi elaborado um relatório de estágio que tinha como propósito descrever e analisar o percurso desenvolvido, através da análise reflexiva das experiências vivenciadas e das competências adquiridas, de forma a ter uma atitude crítica e reflexiva sobre os cuidados específicos prestados às pessoas/família e os seus resultados.

2.1 – SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DE ADULTOS DO CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO DE ALCOITÃO

O primeiro estágio efetuado foi realizado no Serviço de Reabilitação de Adultos do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão e teve como objetivos:

- Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alterações neurológicas-traumáticas, nomeadamente, lesões vertebro-medulares, desenvolvendo competências específicas de avaliação, planeamento, intervenção e reavaliação, com vista à sua máxima independência;
- Capacitar a pessoa/família com alterações neurológicas traumáticas para o autocuidado, tendo em vista a preparação para o regresso a casa;
- Compreender a importância do papel do enfermeiro de reabilitação no departamento de Atividades de Vida Diária, face à pessoa/família com alterações neurológicas-traumáticas, nomeadamente, com lesões vertebro-medulares;
- Colaborar enquanto agente formador e gestor com a equipa de enfermagem, em novas estratégias de intervenção, visando a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem específicos de reabilitação.

A escolha deste campo de estágio baseou-se no facto de neste serviço se desenvolver uma prática de excelência, na prestação de cuidados específicos de reabilitação à pessoa/família com alterações neurológicas traumáticas.

Este centro exerce atividades de interesse público no sentido de procurar respostas adequadas para as pessoas com deficiências, nas áreas de cuidados de saúde, ensino e investigação, com particular atenção nos cuidados especializados de reabilitação em pessoas com lesões neurológicas cerebrais e medulares, politraumatizados, lesões músculo-esqueléticas, entre outras, proporcionando-lhes um encaminhamento profissional e uma qualificação inicial devidamente certificada, contribuindo para a reintegração socioprofissional das mesmas.

As alterações neurológicas traumáticas condicionam a qualidade de vida das pessoas, pelo que a intervenção do enfermeiro de reabilitação nesta área é uma mais-valia, no sentido de minimizar complicações e sequelas e procurar soluções junto das pessoas, para que estas possam ter uma reintegração na família e na sociedade mais facilitada.

No início do estágio, a preocupação em me integrar no serviço foi uma constante, a fim de estabelecer objetivos e planear as atividades adequadas a desenvolver ao longo do estágio. Para tal, foi importante conhecer a estrutura

orgânico-funcional, constituição da equipa, regulamentos internos e protocolos, assim como a participação nas passagens de turno foi vital para a integração no serviço.

O papel do enfermeiro de reabilitação neste serviço é de extrema importância na medida em que a sua intervenção contribui para que a pessoa com alterações neurológicas traumáticas possa atingir maior autonomia ou restabelecer a função que se encontra limitada ou perdida.

Uma das competências do enfermeiro de reabilitação, no sentido de reconhecer as necessidades das pessoas, diz respeito à avaliação da funcionalidade, de forma a estabelecer diagnósticos sobre as alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades, segundo o REGULAMENTO 125/2011.

Neste sentido, tive a oportunidade de aplicar a escala de Medida de Independência Funcional (MIF), que permite avaliar o desempenho individual das várias capacidades da pessoa, que incluem a satisfação das atividades básicas da vida diária, atividades de lazer, objetivos vocacionais e interações sociais. Foi também possível aplicar outras escalas, como o Índice de Katz, que permite avaliar a capacidade individual para a satisfação das Atividades de Vida Diária (AVD's), sendo constituído por banho (com esponja, duche ou banheira), ir à casa de banho, mobilidade, controlo de esfíncteres e alimentação; o índice de Lawton, que avalia a capacidade individual para desempenhar as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's), sendo composto por oito atividades que são cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, utilizar o telefone, utilizar de transporte, gerir o dinheiro e gerir a medicação (SEQUEIRA, 2010). Outra escala que foi utilizada foi a de ASIA (American Spinal Injury Association), uma escala que se baseia na avaliação da sensibilidade e da função motora, sendo possível classificar a pessoa com lesão medular quanto ao tipo de lesão (completa ou incompleta) e determinar o nível neurológico da lesão, além de gerar uma pontuação baseada nos resultados sensitivos e motores; e a escala de Ashworth utilizada para a avaliação da espasticidade. Desta forma foi possível elaborar um programa de reabilitação adequado a cada pessoa e posteriormente proceder à reavaliação dos cuidados prestados. Dada a sua especificidade, no início houve dificuldades em mobilizar algumas das escalas acima referidas, uma vez que não me eram familiares. Para ultrapassar essa dificuldade, a pesquisa e a discussão junto da enfermeira cooperante sobre a aplicação das mesmas foram facilitadoras para o processo de aprendizagem e permitiram intervir de forma individualizada em cada situação.

Em neurologia traumática, a realização do exame neurológico é essencial num primeiro contato com a pessoa, recorrendo desta forma à avaliação dos pares

cranianos, uma vez que as funções cognitivas, sensitiva e motora se encontram muitas vezes comprometidas.

Após a avaliação das capacidades da pessoa, foram elaborados planos de intervenção em enfermagem de reabilitação, tendo sempre atenção à sua tolerância na execução das atividades aconselhadas.

Quando situações novas iam surgindo, houve necessidade constante de recorrer à revisão da literatura disponível, no sentido de fundamentar a prática com informação científica mais recente. Também os momentos de discussão com a enfermeira cooperante foram considerados como períodos privilegiados, pela partilha de saberes, de conhecimento e de experiências.

No decorrer deste estágio a família foi considerada como um foco de atenção, uma vez que a intervenção do enfermeiro de reabilitação não se pode cingir apenas à pessoa recetora de cuidados como centro do processo de enfermagem. No sentido de promover a continuidade de cuidados prestados, procurou-se dotar a família de conhecimentos e competências necessários à prestação de cuidados no domicílio.

MARTINS (2002) refere que a família desempenha um papel fundamental na recuperação da pessoa, principalmente durante o regresso ao domicílio, de forma a contribuir para o seu bem-estar. Houve então oportunidades para poder escutar e esclarecer as dúvidas que surgiam por parte da família, antecipar as dificuldades que poderiam encontrar e dar a conhecer os diferentes produtos de apoio para auxiliarem a pessoa com alterações neurológicas traumáticas nas suas atividades do dia-a-dia, no domicílio.

Neste estágio, houve a possibilidade de ir ao departamento de treino de AVD's do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, onde tive a oportunidade de observar e intervir nos cuidados prestados, relativamente à educação para a saúde e treino de AVD's. A equipa da unidade é constituída por um grupo de enfermeiros especialistas em reabilitação e é gerida por uma enfermeira chefe. Tem como metas avaliar, orientar e treinar pessoas e famílias com lesões neuro-traumatológicas, com a finalidade de otimizar a sua autonomia; orientar pessoas/famílias sobre produtos de apoio mais adequados para executar atividades de vida diária com segurança e menor dispêndio de energia; e avaliar a necessidade de eliminar barreiras arquitetónicas e orientar as adaptações na habitação.

Para além disso, nesta unidade existe ainda uma reunião da equipa multidisciplinar com a pessoa e família, relativamente à intervenção terapêutica domiciliária, sendo notoriamente valorizado a papel dos familiares no que diz respeito a integração da pessoa na comunidade. Como não me foi possível assistir a nenhuma

dessas reuniões, foi-me explicado a dinâmica e a filosofia das mesmas, o que também contribuiu para o enriquecimento dos conhecimentos.

A ida ao departamento foi bastante produtiva em termos de momentos de reflexão e de aprendizagem, uma vez que ofereceu uma visão mais alargada no cuidar em termos de reabilitação da pessoa e família com lesões vertebro-medulares, principalmente pelo conhecimento e contato com vários produtos de apoio para a satisfação das diversas atividades de vida diárias.

Houve também oportunidades de desenvolver atividades no grupo de Reeducação Funcional Respiratória de Enfermagem, constituído por enfermeiros especialistas de reabilitação dos vários serviços de internamento, que tem como objetivo reduzir o risco de complicações respiratórias e permitir o envolvimento das pessoas e das famílias no seu processo de recuperação, de forma a dar continuidade após a alta.

Esta atividade serviu de complementaridade ao desenvolvimento das competências do enfermeiro de reabilitação descritos no REGULAMENTO Nº 125/2011, nomeadamente os critérios de avaliação: J1.3.1 - “Implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade”; J1.3.3 - “Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade)”, pois tive oportunidade de realizar técnicas para correção de assinergias e defeitos ventilatórios, através de treinos de exercícios respiratórios: consciencialização e dissociação dos tempos, exercícios respiratórios abdomino-diafragmática, exercícios de tonificação costal global (com bastão) e seletiva e exercícios de reeducação postural.

Surgiu durante uma das discussões com a enfermeira cooperante a necessidade de realizar um panfleto informativo relativo ao treino de equilíbrio para melhorar a postura, denominado de “Exercícios de Equilíbrio para Pessoa com Lesão Vertebro-Medular” (ANEXO IV), que serviu de complemento ao planeamento de atividades. Esta necessidade surgiu devido a não existir nenhum documento semelhante no serviço, sendo no entanto a sua utilidade reconhecida pela equipa de forma a poder complementar futuramente a informação fornecida às pessoas.

Foi também possível desenvolver educação para a saúde sobre técnicas de expiração forçada (HUFF, técnica da tosse dirigida e assistida) para limpeza das vias aéreas, bem como técnicas de relaxamento e posturas de descanso muscular.

Também foram abordados e discutidos alguns recursos académicos específicos nesta área com a enfermeira cooperante e com os elementos da equipa de

enfermagem, como por exemplo o documento da ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) - *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular* –no sentido de conhecer as recomendações sobre a boa prática de cuidados de enfermagem gerais e especializados em reabilitação, que permitam apoiar as decisões dos enfermeiros no que se refere à prevenção de complicações, promoção do auto-cuidado, reeducação funcional e reinserção social com o objetivo de apoiar as decisões em Enfermagem e Enfermagem de Reabilitação, promover a qualidade e continuidade dos cuidados.

A qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados e os recursos materiais existentes fazem deste centro um lugar particular e único, pois tive a oportunidade de ver e aplicar diversos produtos de apoio de qualidade, com os quais nunca tinha tido oportunidade de contactar. Assim, foi possível observar e utilizar talas pneumáticas para estimulação da sensibilidade e propriocepção e realizar treino de equilíbrio sentado e de pé (estático e dinâmico) e verticalização através de aparelhos de standing-frame (consiste em aparelhos que fornecem um posicionamento alternativo em pessoas que dependem da cadeira de rodas para a mobilidade apoiarem-se na posição de pé). Segundo UMPHRED (2010), a capacidade de ter um alinhamento postural estático não é suficiente para permitir funções volitivas, ainda que seja necessária para o equilíbrio normal. Torna necessário possuir uma força adequada por amplitudes de oscilação postural normal para permitir atividades de equilíbrio como fletir e estender os braços e inclinar o corpo nas transferências. BRANCO *et al*, (2010) referem que o conceito de mobilização está relacionado com o conceito de cinesioterapia, cujos objetivos se prendem com o retardar o aparecimento da espasticidade, em promover o aparecimento da sensibilidade, em recuperar ou aumentar o grau de força muscular e em conservar a amplitude articular, devendo a execução dos exercícios ter em conta as capacidades e limitações da pessoa.

Este estágio proporcionou-me oportunidades para desenvolver e aperfeiçoar saberes e conhecimentos adquiridos ao longo do curso, o que permitiu a aquisição/consolidação de competências descritas no REGULAMENTO N.º 122/2011, nomeadamente na conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados; adaptação da gestão dos recursos às situações e ao contexto, bem como a criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro, assim como estão descritas no REGULAMENTO N.º 125/2011, na identificação das necessidades de intervenção à pessoa com alterações neurológicas traumáticas, conceber, implementar e avaliar planos e programas de treino especializados, tendo em vista a qualidade de vida e a reintegração na sociedade.

Nestas quatro semanas, as pessoas a quem fui prestando cuidados de enfermagem de reabilitação não tiveram alta efetiva; no entanto, todo o planeamento de atividades foi realizado tendo em conta o regresso a casa.

Todo este processo permitiu-me, de forma gradual, ganhar confiança na prestação de cuidados especializados à pessoa/família com alterações neurológicas traumáticas, onde considero ter atingido os objetivos propostos para este estágio, adquirindo competências específicas de avaliação, planeamento, intervenção e reavaliação, com vista à maximização da funcionalidade, promovendo a sua reinserção na comunidade.

2.2 SERVIÇO DE MEDICINA V DO CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO – TORRES NOVAS

O segundo Estágio realizado teve lugar no Serviço de Medicina V do Centro Hospitalar Médio Tejo – Torres Novas e teve como objetivos:

- Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alterações neurológicas não traumáticas, nomeadamente, à pessoa em situação de Acidente Vascular Cerebral, desenvolvendo competências específicas de avaliação, planeamento, intervenção e reavaliação, com vista à sua máxima independência;
- Capacitar a pessoa/família com alterações neurológicas não-traumáticas para a independência no autocuidado, tendo em vista a reintegração à comunidade;
- Colaborar enquanto agente formador e gestor com a equipa de enfermagem, em novas estratégias de intervenção, visando a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem específicos de reabilitação.

A escolha deste campo de estágio prendeu-se com a necessidade de desenvolver competências enquanto enfermeiro de reabilitação à pessoa com alterações neurológicas não traumáticas.

No sentido de conhecer o papel do enfermeiro de reabilitação na dinâmica do serviço, tornou-se necessária uma integração adequada na equipa, onde o conhecimento sobre a sua estrutura organizacional e funcional, da constituição da equipa e dos regulamentos internos e protocolos, assim como a participação nas passagens de turno constituiu um dos fatores facilitadores no desenvolvimento de

objetivos e no planeamento das atividades adequadas a desenvolver ao longo do estágio.

O serviço de Medicina V do Hospital de Torres Novas (antigo serviço de Cirurgia), com a reformulação dos serviços do Centro Hospitalar Médio Tejo, é um serviço recente, com apenas três meses de existência na altura, pelo que se encontrava numa fase de transição e mudança. Este fator foi algo dificultador para a satisfação dos objetivos que inicialmente tinha proposto para este estágio, uma vez que o enfermeiro cooperante era bastante solicitado para várias situações do serviço, pelo que não foi possível por vezes ter o acompanhamento que desejava por parte do mesmo. De forma a contrariar esta situação, o planeamento das intervenções à pessoa e família com alterações neurológicas não traumáticas eram discutidas previamente com o enfermeiro cooperante e posteriormente fui ganhando confiança e autonomia nas tomadas de decisões. Além disso, o facto das patologias neurológicas não-traumáticas, como o AVC isquémico e hemorrágico e doença de Parkinson, serem frequentes neste serviço, e serem também aquelas com mais frequência encontro no meu serviço (embora as pessoas se encontrem numa situação diferente e com necessidades diferentes), permitiu que não sentisse tanto a necessidade de ter um acompanhamento próximo do cooperante e também por isso consegui obter um voto de confiança por parte do mesmo.

Para a colheita de dados da pessoa, foi utilizado o sistema de registo adotado pelo serviço, o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), com posterior discussão com o enfermeiro cooperante sobre as atividades a realizar, o que permitiu a elaboração de diagnósticos e planos de cuidados e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem de reabilitação com linguagem classificada.

Foram notórios os ganhos que se conseguiram com a intervenção do enfermeiro de reabilitação neste serviço. As mobilizações osteoarticulares e os posicionamentos efetuados, bem como a cinesiterapia respiratória (pois as patologias respiratórias como pneumonia, derrame pleural e infeção respiratória eram uma constante nas pessoas que se encontravam internadas no serviço), fortaleceram e enriqueceram o meu desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro de reabilitação.

Foram muitas as situações em que a intervenção de enfermagem de reabilitação era solicitada, no entanto, para conseguir dar resposta aos objetivos de estágio dentro do tempo considerado, houve necessidade de priorizar as áreas a desenvolver. Para tal, as intervenções estabelecidas eram direcionadas para pessoas que apresentavam diagnósticos mais relevantes para o estágio e para pessoas que tinham a capacidade cognitiva necessária para aderir a um programa de intervenção. Assim, a minha intervenção cingiu-se fundamentalmente à pessoa em situação de AVC, por ser uma

realidade semelhante à do meu local de trabalho e por isso eu querer aprofundar a aquisição de conhecimentos e competências. Para além disso, as alterações a nível motor são mais visíveis e correspondem, geralmente à principal preocupação das pessoas e da família.

UMPHRED (2010) refere que os défices de força são uma das principais causas de anormalidades do movimento em transtorno do sistema nervoso, tanto central como periférico. Para além disso, os défices da modulação da força ou de desuso podem ser a causa da fraqueza, sendo o equilíbrio afetado diretamente pela perda de força. Desta forma, houve oportunidades de fazer avaliação funcional motora, onde se verificava a força muscular, o tônus, trofismo, contraturas, deformidades, coordenação motora grossa e fina, aspetos percetivos-cognitivos, sensoriais e emocionais, bem o como a capacidade de satisfação das necessidades básicas. Assim, foi possível identificar, planejar, intervir e avaliar os resultados das intervenções, através de programas de treinos de atividades, visando a aquisição da autonomia da pessoa, procurando satisfazer a unidade de competência J1.3 do REGULAMENTO 125/2011 – “Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade” e J1.4 – “Avalia os resultados das intervenções implementadas”.

Houve oportunidade então de realizar treinos a nível de posicionamentos antiespásticos no leito, como forma de manter a integridade cutânea e prevenir deformações articulares, tais como exercícios para manter e/ou aumentar a força muscular mobilizações osteoarticulares ativas, ativas-assistidas, resistidas e passivas; exercícios de tonificação muscular tendo em conta a avaliação da força muscular e consoante as necessidades de cada pessoa. HOEMAN (2011) refere que quando uma pessoa é incapaz de mover uma parte do corpo ou a sua totalidade devido a doença, acidente ou tratamento, podem ocorrer complicações como por exemplo hipotensão ortostática, sobrecarga cardíaca, formação de trombos, assim como o desenvolvimento de úlceras de pressão. UMPHRED (2010) acrescenta que as complicações respiratórias (pneumonias, atelectasias, etc.) também são frequentes em pessoas com lesões neurológicas e podem incapacitar a realização das atividades de vida diárias.

Houve também a possibilidade de realizar treinos de exercícios a nível da reeducação dos músculos da face e da linguagem em caso de pessoas em situação de AVC, utilizando um espelho. Unir as sobrancelhas, enrugar a testa, sorrir e assobiar eram alguns dos exercícios solicitados à pessoa para executar na reeducação dos músculos da face.

Em pessoas que tinham dificuldade na deglutição (disfagia), procurou-se utilizar estratégias compensatórias. Segundo BRANCO *et al* (2010), a disfagia é uma das complicações resultantes do AVC, podendo ser fatal nalguns casos, devido à aspiração de conteúdo alimentar. Assim, durante o período da alimentação, era pedido à pessoa para o fazer estando confortavelmente sentada e com os pés bem assentes no chão, região dorsal apoiada e ereta, num ambiente calmo e tranquilo.

O processo de reabilitação, para além da educação para a saúde e o treino na postura e movimentação global da pessoa, compreende o incentivo à participação da família neste processo e no domínio de produtos de apoio e recursos existentes na comunidade, que visam aumentar a autonomia da pessoa e dar continuidade aos cuidados prestados no domicílio. A falta de conhecimento sobre esses produtos e o não terem experiência na prestação de cuidados à pessoa em situação de AVC eram muitas vezes apontadas como os principais catalisadores dos receios que as famílias tinham. Por exemplo, situações de transferência da pessoa com mobilidade comprometida do lado plégico/parésico, da cama para a cadeira de rodas e vice-versa, causavam frequentemente dúvidas e ansiedade às famílias. Outra situação que as famílias referiam como constrangedora e geradora de ansiedade, era a prestação de cuidados de higiene e conforto e o vestir/despir-se a pessoa em situação de AVC.

Considerando sempre os receios e as dúvidas manifestados pela família, durante a minha intervenção em cada situação tive a preocupação em identificar quais os conhecimentos que já possuíam, quais os hábitos já adquiridos, experiências que já tivessem, o conhecimento acerca de produtos de apoios existentes e facilidade de acesso a estes. Desta forma, conseguia-se adequar o plano de cuidados às necessidades sentidas, no sentido fomentar não só o envolvimento da família tanto quanto era possível mas também a prevenção de possíveis situações adversas que possam ocorrer da falta de conhecimento/experiência por parte da família, como por exemplo quedas da pessoa em situação de AVC durante transferências ou outras situações passíveis de serem prevenidas.

Surgiu ainda neste contexto de estágio a oportunidade de realizar um modelo de treino do autocuidado vestir-se/despir-se (ANEXO V), e outro de estimulação de sensibilidades (ANEXO VI). Estes modelos foram aplicados à pessoa com AVC em cooperação com a família, para que pudessem identificar dificuldades e encontrar estratégias de adaptação, uma vez que eram notórias as dificuldades com que as pessoas com AVC se defrontam em atos tão banais do dia-a-dia como abotoar um botão ou atar uns atacadores.

O incentivo e a disponibilidade para o acompanhamento da família na preparação para a alta da pessoa contribuíram para o ganho de confiança e de

motivação no desenvolvimento de estratégias para a promoção da autonomia da pessoa.

Ao refletir sobre as atividades desenvolvidas neste estágio, posso afirmar que os objetivos inicialmente propostos foram cumpridos de forma gradual, onde o recurso à literatura proporcionou segurança no domínio do conhecimento, bem como na realização de técnicas de enfermagem de reabilitação.

A interação com a equipa multidisciplinar foi bastante positiva, o que me motivou no aperfeiçoamento de competências enquanto enfermeiro de reabilitação na capacitação da pessoa com deficiência cerebrovascular e neurológica, com limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, aumentando a sua funcionalidade e desenvolvendo as capacidades da pessoa, descritas no REGULAMENTO Nº122/2011 e REGULAMENTO 125/2011.

2.3 UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO ENTRONCAMENTO (CONTEXTO OPCIONAL)

O último estágio efetuado, no qual o contexto foi opcional, realizou-se na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Entroncamento e teve como objetivos:

- Compreender o papel do enfermeiro de reabilitação na dinâmica de funcionamento da UCC, na articulação com outros serviços e com a comunidade, de modo a dar resposta às necessidades da pessoa/família;
- Capacitar a pessoa/família com alterações da funcionalidade, nomeadamente, em pessoas com AVC, no domicílio, desenvolvendo competências específicas no cuidar na comunidade, promovendo a sua autonomia e contribuindo para uma melhoria de cuidados da qualidade de vida;
- Capacitar a pessoa/família com necessidades de cinesiterapia respiratória, promovendo a sua autonomia e contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida no domicílio;
- Capacitar a pessoa/família com necessidades de intervenção do enfermeiro de reabilitação para a independência no autocuidado, no domicílio;
- Colaborar enquanto agente formador e gestor com a equipa de enfermagem, em novas estratégias de intervenção, visando a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem específicos de reabilitação.

A escolha deste campo de estágio baseou-se no facto de poder desenvolver as atividades na área dos cuidados de saúde primários, uma vez que o processo de aprendizagem no ensino clínico no 3º e 4º Blocos correspondeu a serviços de internamento. Foi assim possível compreender a intervenção do enfermeiro de reabilitação na comunidade, com a pessoa inserida no seu meio.

Uma vez que já tinha estagiado no Centro de Saúde do Entroncamento durante a licenciatura em enfermagem, já conhecia a maior parte dos profissionais que aí trabalham, o que foi facilitador na minha (re)integração na equipa, mas foi igualmente importante conhecer a estrutura e dinâmica funcional e organizacional da unidade, devido à recente reorganização dos Agrupamento de Centros de Saúde do Médio Tejo - Serra d'Aire, para poder desempenhar as funções enquanto enfermeiro de reabilitação, o que veio contribuir para a satisfação do primeiro objetivo do plano de atividades inicialmente proposto.

O facto de poder ter escolhido um estágio na comunidade como opção trouxe-me grande expectativa. Foi do meu interesse saber se a enfermeira cooperante estaria ou não dedicada exclusivamente à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação; verifiquei que esta desenvolvia atividades de cuidados gerais e especializados, e foi com agrado que pude observar, logo no início do estágio, a adaptação das suas intervenções em contexto domiciliário, sendo autónoma na organização e prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

No sentido de desenvolver as competências do enfermeiro de reabilitação junto da pessoa e família na comunidade, foi importante identificar as necessidades das mesmas (que estavam na altura a ser alvo de intervenção da equipa multidisciplinar da UCC) e colher dados relativamente a antecedentes pessoais, apoio familiar, conhecimentos sobre produtos de apoio, condições habitacionais, entre outros. Para tal, a visita domiciliária tornou-se um momento privilegiado para colher esses dados, por as pessoas estarem no seu domicílio e se sentirem mais confortáveis. Para além disso, houve também necessidade da consulta frequente do processo da pessoa através do sistema de registo SAPE, com posterior discussão com a enfermeira cooperante sobre as atividades a realizar, o que permitiu a elaboração de planos de cuidados e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem de reabilitação.

Desta forma, através da avaliação neurológica sumária da pessoa, os dados foram colhidos de forma sistemática, sendo possível avaliar: o estado de consciência; mobilidade; equilíbrio e marcha; sensibilidade superficial e profunda e os pares cranianos. Na avaliação da força e tónus muscular foram utilizadas escalas e instrumentos de medida como a Escala de Lower, Escala modificada de Ashworth e MIF, que foram importantes para a elaboração de diagnósticos de enfermagem,

planeamento, execução do plano de cuidados de reabilitação e avaliação dos resultados obtidos.

Ao longo do estágio foi possível perceber que grande parte das pessoas a quem são prestados cuidados no domicílio são pessoas idosas, que frequentemente apresentam patologia neurológica com patologia respiratória associada, sendo a intervenção do enfermeiro de reabilitação fundamental, uma vez que em muitos casos as pessoas apresentavam um grande número de limitações motoras e cognitivas e encontravam-se em permanência no leito. Nestes casos, a intervenção foi dirigida mais ao nível da manutenção das capacidades, prevenção de deformidades e complicações do foro respiratório e inclusão da família nos cuidados de saúde.

Com isto, a educação para a saúde e treinos foram centrados a nível de posicionamentos antiespásticos no leito, como forma de manter a integridade cutânea e prevenir deformações articulares. Foram realizados exercícios isométricos e isotónicos para manter e/ou aumentar a força muscular, como mobilizações osteoarticulares (ativas, ativas-assistidas, resistidas e passivas, conforme cada situação); exercícios de tonificação muscular, tendo em conta a avaliação da força muscular através da escala da força; e a avaliação de amplitudes articulares com goniómetro.

Os exercícios realizados foram programados de acordo com a capacidade da pessoa, e compreendiam automobilizações do membro parético/plégico, estimulação propriocetiva, rolamento, facilitação cruzada, carga no cotovelo, ponte e treino de equilíbrio (sentado/pé, estático/dinâmico), assim como técnicas de transferências e treino de marcha.

Quando as pessoas se apresentavam em permanência no leito e não tinham capacidades para colaborar, eram utilizadas manobras de vibração e de percussão, posicionamentos de drenagem postural modificada, tosse assistida ou até mesmo aspiração de secreções, para libertação e eliminação das mesmas. Segundo BOLANDER (1998), as pessoas imobilizadas tendencialmente ficam nas mesmas posições, o que pode provocar acumulação e estase de secreções pulmonares, para além do facto de terem dificuldade em manter uma ventilação normal ou produzir uma tosse eficaz. Com o tempo estas pessoas diminuem a ingestão hídrica, o que torna as secreções espessas e difíceis de serem expelidas. Segundo a mesma autora, a diminuição da ventilação e a falta de mobilização das secreções provocam complicações respiratórias, como por exemplo a pneumonia e a atelectasia. O enfermeiro de reabilitação deve ter em conta as complicações que podem advir da permanência no leito, sendo uma delas as complicações do foro respiratório, pois uma oxigenação não adequada pode conduzir a dispneia, taquicardia, fadiga, agitação e

perturbações mentais, levando a uma retenção do dióxido de carbono, que por sua vez pode levar à acidose respiratória com eventual falência cardiopulmonar.

Para tal, a inclusão da família nos cuidados de saúde à pessoa no domicílio ganha especial atenção pelo enfermeiro de reabilitação, na medida em que permite dar continuidade aos cuidados prestados e identificar as necessidades da pessoa. Assim, torna-se importante atender aos problemas reais e potenciais, englobando uma filosofia de parceria com a pessoa e a família, onde a atenção da intervenção é centrada no seio familiar, visando apoiá-los na procura de soluções para os problemas identificados. Desta forma, a inclusão da família no processo de reabilitação da pessoa foi uma constante ao longo do ensino clínico, mas ganhou mais ênfase neste campo de estágio, uma vez que o planeamento dos cuidados é feito com a pessoa e família no seu meio, diferente daquilo que se passa em meio hospitalar. Enquanto enfermeiro de reabilitação, a capacidade de conseguir orientar a intervenção junto da pessoa para e na comunidade faz ainda mais sentido, pois uma vez identificada a realidade onde esta e a sua família se inserem, torna-se possível mobilizar recursos para poder satisfazer as suas necessidades. Ao conhecer a realidade podemos ainda intervir de modo mais eficaz na planificação de intervenção de reabilitação e identificar barreiras arquitetónicas, à luz da unidade de competência J2.2 do REGULAMENTO nº 125/2011 de promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social, orientando as pessoas na eliminação das mesmas barreiras.

HOEMAN (2011) refere que, apesar dos enfermeiros de reabilitação trabalharem quase sempre com cada pessoa individualmente, o processo e o resultado de enfermagem tem que se alicerçar em cada pessoa como parte integrante de uma família, de uma rede social e um sistema comunitário. Todos os membros de família sofrem de forma e intensidade diferentes quando o sistema é ameaçado pela doença ou incapacidade da pessoa.

Desta forma, o papel do enfermeiro de reabilitação assume grande importância no apoio à família, na identificação das necessidades desta, bem como no desenvolvimento de competências de forma a conseguirem dar resposta às necessidades do seu elemento com dependência, porque o objetivo final deste processo é sempre, segundo HOEMAN (2011), ajudar a pessoa com uma perturbação crónica, incapacitante ou do desenvolvimento a alcançar o máximo nível de funcionamento e de autocuidado.

Assim, do encontro com a pessoa e família, foram identificadas as necessidades das mesmas, tendo sido elaborados diagnósticos de enfermagem. Através dos diagnósticos, foram elaborados planos de intervenções em conjunto com a pessoa e família, com o objetivo de resolver os problemas identificados e, após a

execução do plano, foi feita uma avaliação dos resultados obtidos. No entanto, a abordagem inicial com a família nem sempre é fácil, podendo constituir-se como um desafio ainda mais delicado em contexto comunitário. Tal como referem LUTZ e DAVIS (2011):

Regressar a casa é frequentemente um dos maiores desejos dos doentes envolvidos em programa de reabilitação. A medida duma reabilitação bem sucedida é a generalização ou a transferência de competências para o ambiente natural – a casa... Existem diferenças essenciais entre os cuidados domiciliários e os cuidados hospitalares ou em centros de reabilitação. Independentemente de quão “amigáveis” as unidades de internamento se possam considerar, cedo os doentes dirão a alguém que não estão em casa. (pág. 25)

Uma situação em especial, que me deixou surpreendido durante este estágio, foi o caso de uma senhora que estava em casa sozinha, com sequelas de AVC, consciente e orientada, com antecedentes de quedas e com dificuldades em se deslocar dentro de casa. Essa senhora necessitava de ajuda do filho para poder satisfazer necessidades básicas do dia-a-dia, quer seja na alimentação, quer seja na preparação da medicação, por exemplo. As condições habitacionais em que a senhora vivia eram precárias, o espaço tinha bastantes obstáculos no chão e tapetes enrolados, com infiltrações nas paredes da casa, num ambiente escuro e húmido e um espaço exterior com jardim sem manutenção, onde existiam baldes cheios de água estagnada e também gatos vadios que por lá andavam. Neste caso em particular, a probabilidade da senhora voltar a cair era considerável, já para não referir a probabilidade da mesma em adquirir afeções respiratórias e contágio de doenças por parte dos animais.

O seu único filho e familiar mais próximo, por sua vez, refere que cuida da mãe passando por lá duas vezes ao dia para preparar a medicação, no entanto, das várias vezes que nos deslocámos à casa da senhora, constatámos que a medicação não era tomada, e os valores analíticos recentes encontravam-se fora dos limites considerados adequados.

Foi necessário explicar à senhora e ao filho quais os riscos/ benefícios desse comportamento, considerando a situação económica e social deles. No sentido de resolver alguns dos problemas identificados, foi necessário articular com os recursos da comunidade, nomeadamente a Câmara Municipal do Entroncamento e o Apoio Domiciliário Integrado.

Todo este processo foi analisado de forma individualizada, proporcionando à senhora e ao filho as informações necessárias, dando resposta ao critério de avaliação A1.1.1 da competência A1 do REGULAMENTO 122/2011, “as estratégias de resolução de problemas desenvolvidas em parceria com o cliente” e também ao

critério de avaliação da competência A.2.2.1 da competência A2 do REGULAMENTO 122/2011, “reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco”.

Para além disso, este exemplo permitiu dar resposta à competência B3, do Regulamento 122/2011 no que refere ao critério de avaliação B3.1.4 onde o enfermeiro especialista “demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes”, que ficou visível nesta intervenção. No final do estágio foram evidentes as mudanças que o filho fez segundo as nossas indicações face às barreiras arquitetónicas/ambientais anteriormente referidas.

Para se ter sucesso no processo de reabilitação da pessoa, o enfermeiro de reabilitação necessita de ter um conhecimento aprofundado da estrutura familiar, e avaliar a capacidade de aprendizagem da pessoa e da família. HOEMAN (2011) refere que em reabilitação o processo educacional promove o autocuidado da pessoa e família, visando a aquisição de novas informações, desenvolvimento de competências, desenvolvimento de comportamentos adaptativos para melhor lidar com a doença ou incapacidade e evitar o agravamento da incapacidade da pessoa. Como cada sistema familiar possui características particulares, a família ao longo do seu ciclo vital está sujeita a mudanças que podem ser previstas - por isso exigem por parte da mesma uma reestruturação e um novo padrão de funcionamento -, e outras que podem ser repentinas e inesperadas, que implicam uma maior probabilidade de disfunção na vida familiar como por exemplo doenças, invalidez, falecimentos, etc.

Para a mesma autora, avaliar a disponibilidade da família em cooperar no processo de reabilitação da pessoa torna-se importante, na medida em que permite conhecer a motivação, a capacidade cognitiva e o nível de desenvolvimento, entre outras características, e desta forma promover a sua participação ativa no processo de cuidados da pessoa. As famílias com relações mais fortes estão mais suscetíveis de adotarem atitudes e comportamentos de suporte para com os seus membros, reforçando as perspetivas de reabilitação e a reintegração na comunidade. Por outro lado, nas famílias onde prevalece a hostilidade, a alienação e outras atitudes menos positivas, todo o sistema de suporte à pessoa se encontra em risco. Neste sentido, o enfermeiro de reabilitação deve afirmar-se como elemento-chave na criação de elos de ligação entre os membros da família, para a conceção de cuidados de maior complexidade, centrados na necessidades da pessoa e da família com objetivo de promover a qualidade de vida.

Nesta lógica, esta é uma prática direcionada para a interação com as famílias, no sentido da promoção do bem-estar e saúde familiar, integrando a saúde dos seus

membros individualmente, onde vamos encontrar as forças e recursos para resolução de problemas reais e potenciais da pessoa.

Segundo HOEMAN (2011) a colaboração com a família no domicílio proporciona o envolvimento da pessoa e uma reintegração na comunidade bem-sucedida, e o facto de trabalhar na comunidade é facilitador na reintegração da pessoa/família no seu meio.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Neste ponto pretende-se desenvolver a temática emergente do ensino clínico, através da definição dos principais conceitos: idoso, família, Acidente Vascular Cerebral e enfermagem de reabilitação.

Sendo a enfermagem uma profissão que exige uma constante atualização de conhecimentos para melhor responder às constantes necessidades das pessoas, o recurso à prática baseada na evidência permite integrar as melhores evidências de investigação à capacidade clínica do profissional e à preferência da pessoa. Segundo FORTIN (1999), a investigação desempenha um papel fundamental no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática de cuidado. A mesma autora refere que o corpo de conhecimentos e autonomia da profissão de enfermagem desenvolve-se de acordo com o avanço da investigação em enfermagem. Para a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006), o conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O envelhecimento demográfico e as alterações nos padrões epidemiológicos e na estrutura e comportamentos sociais e familiares das sociedades dos países desenvolvidos tem vindo a determinar novas necessidades em saúde, pelo que é importante preparar respostas adequadas à realidade. Apesar de não se prender apenas com a idade, parece ser consensual que idosos são aqueles que têm 65 anos ou mais (SEQUEIRA, 2010).

O CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN), no seu parecer acerca dos “Cuidados de Enfermagem às Pessoas Idosas”, refere que, de facto, atualmente a população idosa é tida como um importante desafio ao desenvolvimento internacional, sobretudo se considerarmos o crescente número de locais onde existe limitação financeira, institucional e humana (ICN, 2006).

Acrescentar anos à vida, derivado da evolução tecnológica e da ciência, pode acarretar num aumento significativo do número de pessoas dependentes, como consequências de doenças que outrora seriam fatais mas que atualmente provocam uma diminuição da qualidade de vida, como resultado das sequelas causadas à pessoa.

Na Folha Informativa *“The Nursing and social care interface”* (2009), o ICN refere ainda que, associada ao aumento da esperança de vida, também a crescente mobilidade das populações, a diminuição do número de pessoas por família, a subida das taxas de divórcio e o aumento da doença crónica vieram colocar obstáculos à família para colmatar as necessidades de um elemento dependente. No entanto, o papel de cuidador informal é de vital importância, pelo que os enfermeiros devem trabalhar não só com o idoso dependente mas também com a sua família ou outras pessoas significativas (ICN, 2009).

O aumento da esperança de vida resulta então num número maior de idosos a necessitar de maior quantidade e de maior variedade de serviços de saúde. Os enfermeiros, em parceria com as famílias e com outros profissionais de saúde, têm um papel essencial a desempenhar no cuidado às pessoas idosas, tendencialmente mais vulneráveis (ICN, 2006).

Considerando este dado, torna-se igualmente importante referir que na tomada de posição do ICN “Prevenção da Incapacidade e Cuidado das Pessoas com Incapacidades”, é defendida a criação de programas para a integração das pessoas com incapacidades em todos os aspetos da vida do dia-a-dia, na família e na comunidade. Além disso, também a educação em enfermagem deve ser dirigida ao papel dos enfermeiros na prevenção da incapacidade e ao cuidado e reabilitação das pessoas com incapacidades e ainda à promoção de uma melhor compreensão dos problemas particulares por essas pessoas e respetivas famílias (ICN, 2000).

A realidade em Portugal é semelhante à realidade internacional. O RELATÓRIO PRIMAVERA 2011, elaborado pelo OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS), refere que Portugal é um país em elevado processo de envelhecimento, associado ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da taxa de natalidade – está a ocorrer a inversão da pirâmide etária, estando previsto que em 2050 tenhamos 32% de idosos face a 13% de jovens. Este envelhecimento obrigará “a um acréscimo de recursos que desafiará a sustentabilidade financeira” do nosso sistema de saúde e também do sistema de proteção social (OPSS, 2011).

Segundo o INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE), o índice de dependência de idosos, dado estatístico que nos dá a relação entre o número de

idosos e o número de pessoas em idade ativa (15-64 anos), ou seja, o número potencial de cuidadores de pessoas idosas, indica que em 2001, em Portugal, havia 25 idosos para 100 pessoas em idade ativa, enquanto em 2011 passou a ser de 29 idosos para 100 pessoas em idade ativa (INE, 2012).

A integração de um Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas no Plano Nacional de Saúde demonstra que é reconhecida a emergência da necessidade de reestruturação dos nossos serviços e cuidados. Ressalta até que os progressos constantes nas ciências da saúde têm permitido que nas últimas décadas as pessoas vivam mais anos, mas essa longevidade tem um reverso mais problemático: vem muitas vezes acompanhada de situações de fragilidade e de incapacidade, aproximando frequentemente os idosos do polo da dependência. Este programa defende a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas preferencialmente no seu domicílio e meio habitual de vida (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2004).

Também a criação da REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI) vem ao encontro das necessidades manifestadas pela população, muito em parte pela população idosa. Esta rede tem como objetivo principal “a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.” Existem unidades de internamento, de ambulatório e equipas de cuidados domiciliários. De acordo com o RELATÓRIO PRIMAVERA 2011, aproximadamente 80% dos utentes da RNCCI são idosos. No mesmo relatório vem ainda expresso que existem ganhos financeiros na passagem de cuidados institucionais para cuidados no domicílio. Uma das recomendações feitas é mesmo “equacionar uma maior participação dos cuidadores informais” (OPSS, 2011).

O envelhecimento acarreta inúmeros desafios, um dos quais a dependência de terceiros, que pode ser considerado em primeiro lugar como o resultado de um declínio e uma deterioração das capacidades, com perda do funcionamento físico e mental.

As alterações fisiológicas resultantes do processo de envelhecimento, principalmente as interações complexas entre diversos fatores intrínsecos e extrínsecos de cada pessoa, traduzem-se através das mudanças estruturais e funcionais do dia-a-dia, o que resulta em diferentes níveis de autonomia-dependência das pessoas (DUARTE; DIOGO, 2000).

Segundo SEQUEIRA (2010), o conceito de autonomia pode ser definida como a capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida quotidiana de acordo com as próprias regras e preferências, isto é, a capacidade

de cada um para cuidar de si, de se adaptar ao meio e ser responsável pelas suas ações.

A dependência é, segundo o Decreto-Lei nº101 de 6 de Junho de 2006, a:

Situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica, ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só realizar as atividades da vida diária.

A dependência das pessoas não se deve apenas a limitações físicas ou psicológicas, mas também às dificuldades familiares e escassez de recursos e apoios sociais. FERNANDES (2000) refere que nas pessoas idosas a dependência assume dimensões próprias, uma vez que esta se traduz em fatores como a redução das capacidades físicas ou psicológicas, insegurança económica, solidão, isolamento, dependência de familiares e/ou de outro tipo de suporte social.

Para ANDRADE (2009) a dependência não é um fenómeno inevitável nem universal no envelhecimento, dado que o declínio das capacidades físicas e mentais não afeta de igual modo as pessoas idosas. No entanto, a perda de autonomia deve ser considerada universal, na medida em que vai afetar não só as pessoas idosas como também as que as rodeiam.

De acordo com a DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS, 2006) as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca estão entre as principais causas de morbilidade e invalidez em quase todos os Estados Membros da União Europeia, incluindo Portugal.

A abordagem das doenças cerebrovasculares, nomeadamente o AVC, constitui, ainda hoje uma lacuna nos países desenvolvidos. Apesar dos esforços realizados para tentar minimizar a sua incidência, o AVC continua a destacar-se como uma importante causa de morte e deficiência a nível mundial. As desvantagens que a doença provoca conduzem a alterações profundas da vida da pessoa, família e comunidade (HOEMAN, 2011).

3.20 IDOSO EM SITUAÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

De forma a ter uma noção da dimensão do processo de reabilitação na pessoa idosa dependente e o envolvimento da família, apontando para a reintegração eficaz no domicílio, será oportuno fazer uma análise de uma das principais doenças que leva à diminuição significativa da qualidade de vida das pessoas e dos que as rodeiam, o AVC.

Para MARTINS (2002), o AVC é uma ameaça para a saúde e bem-estar das pessoas, não só pela sua elevada incidência, mas também pela mortalidade e morbidade que provoca, assim como pelas alterações a nível da funcionalidade, que implicam uma perda substancial no nível de qualidade de vida.

Para além disso, as alterações demográficas neste último século, que se refletem no envelhecimento da população, parecem recair de igual modo no que diz respeito ao número de pessoas com incapacidades físicas adquiridas. A prevalência de AVC aumenta com a idade, de 3% aos 65 anos para 30% aos 85 e mais anos (DGS, 2006).

Depois de anos de muita investigação nesta área já são conhecidos alguns dos fatores que estão na base deste problema e as variadas medidas preventivas. Para BRANCO *et al* (2010), a patogénese do AVC é multifatorial, de evolução contínua e silenciosa. A idade, a raça, os contraceptivos orais, a hipertensão arterial, aterosclerose, o tabagismo, a diabetes mellitus, a patologia cardíaca, o alcoolismo, a dislipidémia, o sedentarismo, o excesso de peso e o consumo de drogas são os principais fatores de risco de um AVC.

Face ao novo ritmo da vida moderna, cada vez mais se realizam atividades no sentido da prevenção primária com medidas de educação para a saúde, tais como as alterações dos estilos de vida para adoção de hábitos saudáveis, nomeadamente hábitos alimentares, exercício físico, evicção tabágica e alcoólica.

O AVC ocorre quando parte do cérebro é subitamente lesada ou destruída, devido a uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea, caracterizada pelo início agudo de um défice neurológico que persiste por pelo menos 24 horas, refletindo-se no envolvimento focal do sistema nervoso central como resultado de um distúrbio na circulação cerebral que pode levar à morte (BRANCO *et al*, 2010).

Os AVC's podem ser classificados de acordo com os diferentes mecanismos, tais como: trombose, lacunas (pequenos enfartes profundos no cérebro), embolia, hematoma intra-craniano, hemorragia, aneurismas ou malformações arterio-venosas, podendo dividir-se fundamentalmente em isquémicos, hemorrágicos e transitórios (UMPHRED, 2010).

A paralisia é uma das consequências mais comuns do AVC que ocorre no lado contra lateral à área do cérebro afetado, envolvendo parte ou todo o hemicorpo e podendo ser total (hemiplegia) ou parcial (hemiparesia). Podem existir problemas relacionados com equilíbrio e/ou coordenação (ataxia) quando o cerebelo é afetado.

Uma pessoa com AVC que se apresente com hemiplegia do lado direito frequentemente possui alterações a nível da comunicação, podendo traduzir-se por afasias (perturbação da linguagem enquanto sistema simbólico de comunicação, quer

seja na sua produção ou na sua compreensão), ou disartrias (perturbação da expressão oral por distúrbio do ato motor de falar). Quando a hemiplegia é do lado esquerdo do corpo, geralmente ocorre alterações nível da percepção visual-motora, perda da memória visual, anosognosia esquerda (incapacidade da pessoa de reconhecer o déficit) com prejuízo da aprendizagem, falta de discernimento e julgamento (UMPHRED, 2010).

No entanto, outras sequelas devem ser tidas em conta, como alterações da sensibilidade, quer superficial quer profunda; do campo visual, sendo as mais frequentes as hemianopsias (perda de visão em metade do campo visual); alterações mentais, do comportamento, do humor e ainda perturbações esfinterianas. A combinação específica dessas incapacidades permite aos profissionais de saúde detetar quer a localização da lesão quer o nível de dependência da pessoa (UMPHRED, 2010).

A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE INCAPACIDADE, FUNCIONALIDADE E SAÚDE (CIF, 2004) define incapacidade como um termo genérico para deficiências, limitações de atividade e restrições na participação. A incapacidade engloba os aspetos negativos da interação entre uma pessoa (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais). Segundo a CIPE® versão 2 (ICN, 2011, p.59) a incapacidade é definida como “diminuição ou ausência de aptidão ou capacidade física ou mental”.

Para HESBEEN (2003, p.40) a deficiência é uma “alteração prolongada da estrutura anatómica, fisiológica ou psicológica de um indivíduo”. Nem todas as deficiências levam à incapacidade, mas pode-se afirmar que qualquer incapacidade é geralmente originada no mínimo por uma deficiência.

A funcionalidade é segundo a CIF (2004, p. 171) um termo genérico “para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Ele indica os aspetos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais).”

Pelas complicações incapacitantes que o AVC traz à pessoa e à família, é fundamental estabelecer um programa de reabilitação precoce, diminuindo o agravamento das sequelas e maximizando a funcionalidade da pessoa para a satisfação das suas necessidades, de forma mais independente possível.

Esta situação exige uma preocupação acrescida do enfermeiro de reabilitação, no sentido de se manter atualizado a nível do conhecimento científico, para poder prestar cuidados com qualidade, planear processos de adaptação a uma nova realidade e, conseqüentemente, promover a qualidade de vida e autonomia à pessoa e família.

3.3 A FAMÍLIA ENQUANTO PRESTADORA DE CUIDADOS E A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

Segundo RAPOSO (2012), existem dois tipos de cuidadores: o formal e o informal. O cuidador formal pode ser definido como um profissional preparado numa instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio, segundo as necessidades específicas do cliente. Já o cuidador informal é definido como algum membro da família ou da comunidade que presta qualquer tipo de cuidados a pessoas dependentes, de acordo com suas necessidades específicas. Parece no entanto que a designação de cuidador informal assenta em quatro fatores: parentesco (na sua maioria cônjuges); género (predominantemente a mulher); proximidade física (quem convive com a pessoa com dependência); e proximidade afetiva (estabelecida pela relação conjugal e pela relação entre pais e filhos). Na CIPE® versão 2 (ICN, 2011) o cuidador informal integra-se na definição de prestador de cuidados: “aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente” (p. 115). Neste trabalho, sempre que for referido cuidador informal, família cuidadora ou prestador de cuidados, pretende-se que seja entendido com o mesmo sentido, neste caso considerando a definição de cuidador informal.

Já o conceito de família tem sofrido algumas alterações, relacionadas com as transformações que têm surgido na sua própria estrutura. A sua definição tem sido feita com base em conceitos legais de relacionamento, como biológicos/genéticos, de sangue, adoção, tutela ou casamento. No entanto, desde a década de oitenta do séc. XX que esta definição foi ampliada. Vários são os exemplos existentes de família (monoparentais, uniões de facto, famílias reconstruídas, etc.) e cada família tem as suas normas específicas no modo como satisfaz as necessidades de cada membro. (SEQUEIRA, 2010)

Atualmente, considera-se família duas ou mais pessoas que dependem entre si para apoio físico, emocional e/ou económico. Quando se trabalha com famílias, o enfermeiro deve considerar todos os seus membros na avaliação e planeamento de cuidados de saúde (KAAKINEN; BIRENBAUM; 2011). A CIPE® versão 2 define família como uma “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes” (ICN, 2011, p.115).

Tal como o conceito tem sofrido alterações, também as funções intrínsecas à família se têm modificado. Se até há pouco tempo se prendiam essencialmente com a

sobrevivência financeira, reprodução, proteção, disseminação da cultura (incluindo a religião), educação dos mais novos e estatuto na sociedade, atualmente, com o perder da importância de algumas destas funções, emergem duas funções principais das famílias de hoje: a relação (como as pessoas se relacionam e o seu grau de satisfação) e os cuidados de saúde (KAAKINEN; BIRENBAUM; 2011).

De forma a dar resposta a estas exigências funcionais e ainda assim manter a sua integridade enquanto sistema, a família necessita de preencher os pré-requisitos funcionais de adaptação, realização de objetivos, integração e manutenção de padrões de controlo de tensão (HANSON, 2005). A adaptação à mudança pressupõe que a família tenha a capacidade de se adequar ao ambiente interno (membros da família) e externo (ambiente físico e outros sistemas sociais).

RELVAS (2000) refere que o sistema familiar possui a capacidade de se manter organizado, num jogo de equilíbrio dinâmico entre a estabilidade e a adaptação. O estabelecimento de objetivos e metas é essencial para que a família se responsabilize e se sinta motivada a procurar os meios adequados para a satisfação dos mesmos. A integração, que é o meio pela qual é conseguido a coesão, a solidariedade e a identidade entre os membros da família, refere-se particularmente a atividades que são desenvolvidas no seio familiar e que são reforçadas através de expressões de afeição, de crenças e de tradições familiares. A manutenção de padrões e o controlo da tensão referem-se ao facto de, nas interações familiares, cada elemento da família criar expectativas do modo como cada um se deve comportar. Para que o sistema sobreviva cada um desempenha um papel específico de acordo com as regras e com os valores pelo qual se regem, sendo suficientemente flexíveis para se adaptarem a algum desvio ou incumprimento que possa ocorrer.

Os papéis familiares podem ser entendidos como padrões estabelecidos de comportamentos dos diferentes membros de uma família, face à singularidade de cada sistema familiar (WRIGTH; LEAHEY, 2005). A distribuição dos diferentes papéis familiares tem sofrido modificações resultantes da modernização da sociedade, diminuindo a dicotomia existente entre as responsabilidades específicas do homem e da mulher. Uma resposta adequada na execução dos papéis familiares é considerada determinante para a satisfação das suas necessidades. A falta de competência pode estar ligada, como por exemplo, ao desconhecimento ou ausência de consenso familiar na execução do papel, ao conflito por incompatibilidades de papéis, ou até por uma situação de saturação onde se esgotam recursos, tempo e energia, necessários à sua concretização.

As famílias podem estar sujeitas a tensões quando os fatores de stress afetam o sistema familiar. A falta de treino e preparação adequados, de informação, de

competências, de substituição do cuidador, de serviços de suporte, de redes de suporte fora de casa e capacidade económica, criam stress e tensão sobre o prestador de cuidados. A identificação precoce destas necessidades favorece a integração da pessoa na comunidade. A reação da família depende da forma como as situações propiciadoras de stress afetam a unidade familiar e da capacidade de adaptação que a família tem para manter o equilíbrio (KAAKINEN e BIRENBAUM, 2011).

Na CIPE® versão 2 (ICN, 2011) está definido stress como:

sentimento de estar sobre pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo. (p. 77)

Segundo SEQUEIRA (2010), as competências do prestador de cuidados podem ser agrupadas de forma sucinta em três categorias sendo elas: informação, mestria e suporte. A primeira área de competência está relacionada com o saber, que é centrada na sínteses de informação necessárias para cuidar, isto é, saber como aprender, adquirir e/ou desenvolver o conhecimento, para que no exercício do seu papel o prestador de cuidados tenha conhecimentos que possam reconhecer as necessidades do alvo dos cuidados, as estratégias a adotar para um exercício seguro e de qualidade, bem como as estratégias para se proteger às repercussões relacionadas com o cuidar. Por exemplo, mobilizar a pessoa com esforço mínimo, como facilitar a prestação de cuidados de higiene, etc.

A segunda área relaciona-se com a habilidade instrumental – mestria, o saber fazer. Para se dar resposta a esta competência é necessário que o prestador de cuidados, numa primeira fase, observe a execução de procedimentos necessários a serem apreendidos; numa segunda fase, tenha oportunidade de experimentar os procedimentos; e por último, que os possa repetir o número de vezes necessárias para executá-los de forma autónoma.

A terceira área de competência, centradas no saber ser – suporte, envolve o saber relacionar-se e o saber cuidar-se. Nesta área de competência pretende-se que o prestador de cuidados desenvolva estratégias de coping e habilidades específicas para lidar com dificuldades derivadas do cuidar que possam originar situações de ansiedade e de sofrimento. Para tal, o cuidador deverá saber cuidar de si mesmo e de projetos/interesses pessoais que lhe proporcionem prazer (de forma a evitar que a pessoa deixe de cuidar de si processo habitual quando se cuida de alguém), adotar medidas para manter a sua capacidade física e mental e de saber procurar ajuda e partilhar o problema (SEQUEIRA, 2010).

O mesmo autor destaca ainda que o nível de eficácia do prestador de cuidados está relacionado com o apoio formal e informal que este recebe, ao qual associa as capacidades e os recursos pessoais de cada cuidador. São ressaltados os conhecimentos, as experiências prévias, as estratégias utilizadas e a eficácia de cada uma, o significado atribuído ao cuidar, a capacidade de lidar face a situações de stress, o apoio emocional, a cultura, o tipo de relacionamento prévio com a pessoa, personalidade, a intensidade e tipologia do cuidar como sendo as habilidades passíveis de serem avaliadas para determinar a adoção eficaz do papel de cuidador.

Frequentemente, o enfermeiro de reabilitação confronta-se com situações em que a realidade difere da percepção pessoal, familiar ou comunitária das pessoas que têm que lidar com mudanças, perdas e dor física e psicossocial, podendo surgir sintomas de desintegração familiar, desequilíbrio, confusão e dissonância, ansiedade, medo, isolamento e embaraço. Quando a realidade da perda e da mudança ultrapassa os limites ou os recursos, a sobrecarga pode destruir todo o sistema familiar (HOEMAN 2011). Esta perda, inesperada ou gradual, da capacidade de poder realizar certas atividades do cuidado pessoal transforma-se numa experiência dolorosa do dia-a-dia, vivida com intensidade diferente por cada pessoa, que frequentemente leva a uma perda de motivação e auto-estima e que pode levar muitas vezes à depressão, influenciando negativamente a pessoa e também todos que a rodeiam. HOEMAN (2011) refere que na perda, real ou sentida, existe um marco de dor psicossocial que pode levar a uma alteração da percepção das necessidades básicas, do funcionamento independente ou da cognição.

A enfermagem de reabilitação é então “um processo criativo que começa com cuidados preventivos imediatos, no estadio inicial do acidente ou da doença. Continua ao longo da fase restauradora dos cuidados e envolve a adaptação da Pessoa como um todo ao novo estilo de vida” (HOEMAN, 2011, p.1). Os valores da reabilitação devem ser essenciais para o cuidado, mesmo na ausência da deficiência física e das suas incapacidades, surgindo assim um paradigma particularmente preventivo e educativo.

O enfermeiro de reabilitação deve abranger um conjunto de competências específicas, entre as quais saber cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo da sua vida e em todos os contextos da prática de cuidados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

Neste sentido, a reabilitação implica, de uma forma geral, a existência de um processo específico para cada pessoa, onde cada um aprende a lidar com o seu processo de reabilitação e ao mesmo tempo a ser interventivo; delineando e modificando o seu projeto de saúde. Implica também a prevenção de lesões,

adaptação às limitações funcionais e deficiências dando ênfase à promoção da saúde e qualidade de vida nas populações de todas as idades (HESBEEN, 2003).

A ORDEM DOS ENFERMEIROS define ainda que a utilização de escalas de avaliação permitem ao enfermeiro de reabilitação identificar as áreas de intervenção especializada em pessoas que apresentam limitação da atividade, através da avaliação da funcionalidade aos vários níveis. Só depois da identificação das necessidades de intervenção é que o enfermeiro de reabilitação pode conceber adequadamente o plano de reeducação funcional e/ou de otimização da função afetada.

Para BOTELHO (2005) a utilização de escalas é importante para a prática da enfermagem, uma vez que permite a uniformização do conceito de autonomia; a identificação e eventual correção de fatores de dependência, como a morbilidade física e mental ou o isolamento social; a promoção de atividade física como fator de independência; e a implementação de fatores que ajudam a aquisição de autonomia, como por exemplo, produtos de apoio ou adaptações ambientais.

Através da avaliação funcional, e segundo o REGULAMENTO N.º 125/2011, o enfermeiro de reabilitação pode conceber, desenvolver e monitorizar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação específicos, tendo em conta a sua avaliação diferenciada nos problemas reais e potenciais das pessoas ao nível da promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando a autonomia da pessoa e da família que cuida. Para isso, o enfermeiro de reabilitação utiliza técnicas específicas, intervindo ao nível do planeamento da alta, continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e nas suas comunidades, visando a adaptação às limitações e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

HESBEEN (2003) menciona que os enfermeiros de reabilitação possuem uma filosofia de vida que visa o futuro da pessoa, mesmo quando já não é possível a cura ou a reparação do seu corpo. Os aspetos físicos, psicológicos e sociais são valorizados, visando o desenvolvimento de competências da pessoa e a sua família nos cuidados de saúde, reenquadrando-se e adaptando-se à mudança. A motivação, o otimismo, a tenacidade e a empatia são competências fundamentais ao trabalho destes profissionais.

Segundo a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS, 2003) o objetivo fundamental da reabilitação é ajudar a pessoa ser o mais autónoma possível dentro das limitações de qualquer incapacidade residual. Para tal, a promoção do autocuidado na pessoa deve iniciar-se o mais cedo possível, sendo esta fundamental para a realização das atividades de vida diária. As atividades de vida diária (AVD's)

são atividades que uma pessoa realiza no seu dia-a-dia e que abrangem aspectos como a alimentação, vestuário, higiene, mobilidade, locomoção, comunicação e demais atividades realizadas tanto em casa quanto na vida comunitária (DELISA, 2002).

A CIPE® versão 2 (ICN, 2011) define o autocuidado como atividade que é executada pelo próprio, de tratar daquilo que é necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária. Este foco de atenção integra vários tipos de autocuidado, sendo eles: tomar banho, vestir-se e despir-se, alimentar-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, autoelevar-se, usar o sanitário, virar-se, lavar-se, transferir-se e usar a cadeira de rodas (SEQUEIRA, 2010).

Para DELISA (2002), os enfermeiros de reabilitação têm como objetivo ajudar a pessoa a readquirir as capacidades para desempenhar tarefas tão comuns do dia-a-dia, como por exemplo, o preparar uma refeição, o abotoar de botões da camisa ou a transferir-se da cama para o cadeirão, que podem constituir-se obstáculos para pessoas com incapacidades, como neste caso em idosos com AVC.

A família/cuidador tem um papel importante na continuidade de cuidados do idoso com AVC no domicílio e os enfermeiros de reabilitação devem confiar na família como prestadora de cuidados mas também devem fornecer apoio e envolvê-la nos cuidados de saúde, uma vez que esta também sente receios e possui dúvidas quanto aos cuidados a ter em relação ao familiar doente e as suas reações inesperadas (LIMA, 2003). Talvez devido a esta nova aquisição de papéis, a maioria dos cuidadores são pessoas que não têm formação específica que lhes permita garantir a qualidade dos cuidados, que são assegurados por eles quando algum elemento se torna dependente, nem estão emocionalmente preparados para assumir a responsabilidade dos mesmos. No entanto, a família é a unidade básica de suporte social de todos os indivíduos que precisam de cuidados, seja ele criança, adulto ou idoso.

À medida que a responsabilidade para cuidar de alguém aumenta, a família sente necessidade de formação que explicita a natureza da capacidade de prestação de cuidados em casa e a importância de uma avaliação clínica dessa mesma capacidade. A inclusão da família nos cuidados de saúde está interligada com os conhecimentos que estes possuem e, conseqüentemente, com as crenças da sua capacidade de executarem determinadas tarefas, pelo que é primordial que exista uma preparação, formação, integração e acompanhamento dos cuidadores na prestação de cuidados, tendo os enfermeiros um papel fundamental em todo este processo (REGADAS; MARQUES, 2012).

De acordo com TABORDA (2012), as exigências físicas e psicológicas do cuidador de pessoas com dependência produzem fadiga, stress, contatos sociais limitados, ajustamento de papéis individuais e do grupo e alterações da autoestima, sendo comum situações de sobrecarga. O próprio prestador de cuidados percebe que a sua saúde física ou emocional, a sua vida social e/ou a sua situação financeira estão a sofrer repercussões negativas por estar a cuidar do seu familiar. A identificação das capacidades de aprendizagem daqueles que estão envolvidos no processo de cuidar da pessoa em situação de AVC, por parte do enfermeiro de reabilitação, pode assim evitar estes efeitos mais negativos, promovendo a saúde das pessoas com dependência e dos cuidadores, contribuindo para melhores relações familiares e, consequentemente, maior estabilidade no sistema familiar.

Segundo HABEL (2011), “as enfermeiras de reabilitação tem um dever essencial de providenciar educação de qualidade ao doente e à família” (p.61). Esta autora refere que uma educação eficaz permite à pessoa aprender a viver no seu meio familiar com uma condição crónica ou incapacitante da maneira mais independente possível. É através da educação para a saúde que o enfermeiro de reabilitação pode promover a autonomia das pessoas e capacitar as suas famílias, ao fornecer informação adequada para o desenvolvimento de capacidades de autocuidado e comportamentos adaptativos para gerirem a doença ou o compromisso e de prevenir complicações.

4. METODOLOGIA DE PESQUISA

Tendo por base o objetivo definido para a elaboração deste trabalho, foi formulada a seguinte questão em formato PI[C]O — **A identificação das necessidades da família, feita pelo enfermeiro de reabilitação, contribui para a continuidade de cuidados do idoso com AVC no domicílio?** - a qual funcionou como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura (Tabela I).

Tabela I – Tabela de critérios para a formulação da pergunta PI[C]O

CONCEITOS				PALAVRAS-CHAVE
P	Participantes	O que foi estudado	Família do idoso com Acidente Vascular Cerebral	Nurs*
I	Intervenções	O que foi feito?	Identificação das necessidades da família	Rehabilitation
C	Comparações	Podem existir ou não		Caregiver
O	Outcome	Respostas/ Efeitos ou Consequências	Continuidade de cuidados	Stroke

Após formulação da pergunta PI(C)O, inicia-se o processo de validação dos conceitos, sendo descritores válidos para esta pesquisa, na base internacional de descritores MeSHBrowser (Medical Subjects Headings, 2013) de forma que os termos utilizados tenham a mesma linguagem que a dos autores dos artigos científicos. Assim, foram utilizadas as palavras-chaves com a seguinte sequência: **Nurs***, **Rehabilitation**, **Caregiver** e **Stroke** (Tabela II).

Tabela II – Tabela de hierarquização das palavras-chave

HIERARQUIZAÇÃO	1ª	Nurs*
	2ª	Rehabilitation
	3ª	Caregiver
	4ª	Stroke

Na etapa seguinte foram definidos os limitadores de pesquisa nas diferentes bases de dados (ANEXO VII) e os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos (ANEXO VIII). Foram também pesquisados os descritores nas combinações possíveis (ANEXO IX), sendo que o resultado final é fruto da combinação dos 4 descritores pela ordem apresentada no quadro II.

Por conseguinte, procedeu-se a uma consulta nas bases de dados através das plataformas EBSCOhost (**CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive**) em <http://search.ebscohost.com/>. Foram selecionados os artigos disponíveis em texto integral (em 17/06/2013) e publicados entre 2008/03/01 a 2013/03/17. Procedeu-se nesta fase à leitura dos títulos e resumos dos vinte e três artigos encontrados, e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, à leitura dos resumos dos artigos, sendo selecionados três que corresponderam ao pretendido. Após seleção dos artigos procedeu-se à sua análise e foram elaborados quadros esquemáticos, nos quais consta o estudo, intervenções, resultados, nível de evidência³ e tipo de estudo.

³GUYATT e RENNIE (2002) propõem vários níveis de evidência: Level I: Evidence from a Systematic Reviews or Meta-analysis of all relevant randomized controlled trials (RCTs), or evidence-based Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews of RCTs; Level II: Evidence obtained from at least one well-designed RCTs; Level III: Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization; Level IV: Evidence from well-designed case-control and cohort studies; Level V: Evidence from systematic reviews of descriptive and qualitative studies; Level VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study; Level VII: Evidence from the opinion of authorities and /or reports of expert committees.

5. ANÁLISE E REFLEXÃO DOS ARTIGOS

Após a leitura dos artigos, torna-se importante realizar uma análise e reflexão acerca do seu conteúdo, considerando a pergunta PI[C]O formulada e o enquadramento teórico realizado.

Os efeitos do AVC no idoso sobre a família são consideráveis. Muitos podem ser os obstáculos que a família enfrenta, pois toda a estrutura familiar sofre uma alteração devido aos novos papéis familiares a que têm de se adaptar num curto espaço de tempo. Uma das dificuldades que o enfermeiro de reabilitação pode vivenciar, vem explícito no artigo “*Best Practices for Stroke Patient and Family Education in the Acute Care Setting: A Literature Review*” de CAMERON (2013) (ANEXO X). Os resultados desta revisão da literatura indicam que, após um AVC, as famílias necessitam de tempo para obtenção de informação, apoio e treino específico por parte do enfermeiro de reabilitação, que devem ser compreendidos por todas as pessoas que estão envolvidas no cuidar da pessoa com AVC, no sentido de reduzir ou evitar futuras complicações. Os elementos da família devem estar cientes sobre situações do cuidar que poderão encontrar no domicílio e que podem ser geradoras de ansiedade, enquanto os papéis de cada elemento da família são alterados.

De facto, a doença de um dos elementos pressupõe um desequilíbrio na homeostasia de todo o sistema familiar, como refere MENOITA *et al* (2012), levando a uma desorganização do padrão de funcionamento habitual da mesma. Quando um dos elos altera a sua função, todos os elementos que incluem no sistema familiar sofrem um período de readaptação, procurando restaurar a homeostasia.

No seu estudo, CAMERON (2013) realça a necessidade de desenvolver intervenções ao nível da educação para a saúde como fortalecimento das capacidades das pessoas para controlar a sua saúde, apresentando uma diversidade de escolhas para melhorar a saúde e o bem-estar. Como um conceito e um conjunto de estratégias práticas, a educação para a saúde permite às pessoas agirem e exercerem controlo sobre os determinantes de saúde e assim, melhorar a sua saúde. Isto implica o reforço das competências e capacidades das pessoas, família e/ou comunidade.

Esta autora refere também que existem três áreas de atuação que o enfermeiro deve ter em conta na educação para a saúde sendo elas: prevenção da doença, tratamento e o autocuidado. A prevenção inclui informar a pessoa sobre os fatores de

risco modificáveis e não modificáveis do AVC e explicar a relação existente entre os fatores de risco, como por exemplo a hipertensão e a diabetes. O tratamento implica dar conhecer a fisiopatologia da doença, opções de tratamento, bem como a importância da adesão terapêutica. Após a compreensão da doença e seu tratamento, o enfermeiro poderá promover o autocuidado da pessoa, no sentido desta adotar comportamentos adaptativos face às necessidades sentidas por ela própria. Uma educação eficaz à pessoa e família providencia assim uma boa base para o autocuidado, o que pode contribuir para a prevenção de complicações, melhorar a qualidade de vida e reduzir o número de internamentos e custos relacionados.

Uma das sequelas de AVC mais frequentes que a autora menciona é a afasia, que é caracterizada no artigo como um distúrbio de comunicação que prejudica a habilidade de uma pessoa em processar a linguagem, não afetando no entanto a inteligência. A pessoa com afasia pode ter dificuldade em falar e compreender os outros ou mesmo em ler e escrever. Segundo esta autora, o uso de frases simples, a repetição das palavras, o encorajar a pessoa a falar, o reforço positivo e o uso de imagens são algumas das estratégias de intervenções que o enfermeiro pode utilizar na educação para a saúde das pessoas com este tipo de sequela.

Outro dado que a autora constata na sua revisão é o facto de a grande maioria das pessoas que sofreram AVC terem mais de 65 anos de idade, ou seja, é necessária uma abordagem diferente nesta faixa etária, dado apresentarem estilos de aprendizagem, capacidades de cognição, percepção ou memória diferentes de outras fases de vida. Considerando estas particularidades, em primeiro lugar, as intervenções do enfermeiro devem ir ao encontro das expectativas da pessoa e sua família, o que muitas vezes envolve a manutenção da autonomia tanto quanto possível, enquanto se assegura a manutenção do ambiente seguro. Em segundo, o enfermeiro deve adequar a linguagem e a quantidade de informação a providenciar face às necessidades sentidas pela pessoa e família (CAMERON, 2013).

O desenvolvimento de competências da família traz implicações para os cuidadores, que são considerados parceiros de cuidados e também responsáveis pelas tomadas de decisão. Segundo esta autora, as intervenções de enfermagem de reabilitação devem centrar-se mais no aconselhamento e orientação mas também no apoio à prestação de cuidados, onde a presença do enfermeiro pode proporcionar sentimentos de segurança, disponibilidade e conforto, enfatizando:

- Informação/formação sobre o processo envelhecimento, da doença e as suas fases;
- Manutenção de uma comunicação efetiva com a pessoa, mesmo que esta seja muito repetitiva;

- Criação de um plano habitual de rotinas;
- Manutenção de um ambiente seguro adequado;
- Orientação sobre produtos de apoio e equipamentos adaptativos;
- Orientação sobre os recursos em situação de urgência,
- Orientação para as alterações de memória e importância da estimulação cognitiva;
- Promoção da participação familiar no cuidado;
- Orientação para necessidade de vigilância de saúde;
- Orientação para a gestão adequada da terapêutica;
- Orientação para a importância da manutenção dos contactos sociais;
- Identificação de métodos e técnicas de ensino/aprendizagem mais adequadas às necessidades dos cuidadores;
- Treino sobre a prestação de cuidados (higiene, alimentação e hidratação, mobilização, posicionamento, prevenção de úlceras, estimulação física e psicológica);
- Promoção da adoção de estratégias promotoras da autonomia e independência;
- Identificação precoce de fatores predisponentes de sobrecarga.

Enquanto algumas famílias podem ser mais recetivas na aquisição de competências, outras podem não aceitar intervenções que visem o seu envolvimento na prestação de cuidados. CAMERON (2013) refere razões como a mudança de papéis no seio familiar que podem implicar resistência no envolvimento da família na prestação de cuidados e na tomada de decisão, muito condicionadas pelos valores tanto da pessoa em situação de AVC como dos seus familiares. Quando não é confortável para os familiares assumirem o papel de cuidadores, o simples facto de serem confrontados com essa possibilidade pode ser um fator de stress nas relações familiares e alimentar mesmo o conflito. Desta forma, as abordagens dirigidas ao desenvolvimento de capacidades no cuidar podem entrar em conflito com o desejo de proteger as relações familiares e os papéis de cuidadores podem entrar em conflito com os papéis familiares.

Quando a família não se sente motivada em colaborar ativamente na prestação de cuidados à pessoa, todo o processo de recuperação fica condicionado. Torna-se então importante que o enfermeiro de reabilitação seja capaz conhecer as crenças, expectativas e preocupações de forma a poder elaborar diagnósticos e planos de cuidados individualizados e adequados às necessidades em cada situação e transmitir à pessoa e a família sentimentos de confiança.

O artigo "*Effect of stroke on family carers and family relationships*" de GILLESPIE e CAMPBELL (2011) (ANEXO XI) corrobora estas afirmações,

acrescentando que os membros da família que são mais próximos à pessoa que teve o AVC são, geralmente, os que se sentem mais dificuldades em se adaptar aos novos papéis.

Assim, os primeiros dias após a ocorrência do AVC podem gerar situações de aflição e preocupações para a família. Geralmente o AVC ocorre de forma súbita e as famílias experimentam sensações de ansiedade e de insegurança face àquilo que o futuro lhe reserva. A falta de informação, de apoio e de recursos pode traduzir-se em sentimentos de insatisfação por parte da família quando confrontada com a prestação de cuidados à pessoa com AVC.

GILLESPIE e CAMPBELL (2011) referem ainda que o cuidar da pessoa com AVC carece de tempo e de energia, o que pode levar à perda da vida profissional e social. O sentimento da perda de liberdade é muitas vezes vivenciado pelos familiares, o que leva ao abandono de atividades que lhes dão prazer e podem sentir-se egoístas e até com remorsos por quererem usufruir da vida social. Além disso, o tempo que é necessário despende a cuidar de um elemento dependente nem sempre é compatível com a situação laboral que o prestador de cuidados mantinha até à data. A diminuição da produção no trabalho leva a uma diminuição do ganho de dinheiro, que poderia ser utilizado em atividades de lazer.

Outro efeito negativo associado à prestação de cuidados mencionado pelos autores é a depressão, que assume uma relação direta entre a pessoa com AVC e os familiares. Estes autores referem que os cônjuges têm uma maior tendência para sofrer depressão devido à perda da intimidade, à medida que se passa de uma relação de parceria afetiva para uma relação de prestação de cuidados a alguém dependente. Não é de surpreender a interrupção da vida social, uma vez que os membros da família passam longas horas na prestação de cuidados para a satisfação das atividades de vida diária onde as médias relatadas em estudos comunitários encontrados por estes autores variavam entre as quatro a catorze horas por dia.

Para além da componente física e social que acarreta durante a prestação de cuidados à pessoa após o AVC, estes autores referem ainda que as famílias podem sentir-se responsáveis relativamente no apoio psicológico e emocional, devido à perda de habilidades cognitivas, comportamentais e comunicação da pessoa após o AVC, criando-lhes receio em deixar a pessoa sozinha em casa.

Os resultados desta pesquisa vão ao encontro com MENOITA *et al* (2012) quando refere que vários são os estudos que sugerem que os cuidadores informais, frequentemente, sofrem alterações adversas nas suas vidas: a nível familiar, social, económico, laboral, cansaço e desgaste prolongados, físico e psíquico, geralmente associados a níveis elevados de ansiedade e depressão.

GILLESPIE e CAMPBELL (2011) referem que apesar de ser essencial os enfermeiros de reabilitação se centrarem mais as suas intervenções nas necessidades específicas da pessoa em situação de AVC, a família não deve ser descurada de cuidados especializados pois podem conduzir-se ao isolamento familiar e de amigos devido à rutura social. Um bom funcionamento familiar e uma boa estrutura de suporte social desempenham então um papel importante no processo de recuperação, em que o enfermeiro de reabilitação deve assegurar que a pessoa e sua família estejam preparadas para poderem lidar com as várias situações do dia-a-dia. Além de providenciar uma intervenção especializada e individualizada à pessoa com AVC, o enfermeiro de reabilitação deve também fornecer informação, treino e o acompanhamento adequado à família, encorajando-a na participação nos cuidados de saúde e expressão de sentimentos e receio.

Embora a família possa vivenciar sentimentos negativos face à pessoa com AVC, estudos apontam para o fortalecimento de relações no seio familiar, o aumento do conhecimento em cuidar da saúde individual e a adoção de estilos de vida mais saudáveis, bem como o reconhecimento ou a apreciação da vida e das coisas mais importantes para as famílias (GILLESPIE e CAMPBELL, 2011).

Para tal, o enfermeiro de reabilitação deve ter em conta as diferentes necessidades da família nas várias fases do internamento, no planeamento da alta e no domicílio. Numa fase inicial, a família necessita de um contato regular com o enfermeiro que cuida do idoso com AVC. Um contato precoce com a família permite reconhecer quais as suas necessidades e expectativas e avaliar conhecimentos que esta tem para planear uma intervenção individualizada, promovendo desta forma um ambiente mútuo de cooperação e partilha de sentimentos e preocupações (GILLESPIE e CAMPBELL, 2011). Incluir a família nas tomadas de decisões e falar sobre o processo de recuperação e antecipar as potenciais necessidades no futuro, contribui para o desenvolvimento de competências da família. No planeamento da alta, exige um esforço comum de todos os elementos envolvidos, no sentido de que a transição do meio hospitalar para a comunidade do idoso com AVC seja bem-sucedida. Sendo o regresso ao domicílio um processo que pode causar grande ansiedade, o planeamento da alta deve ser iniciado na admissão da pessoa, de forma que a família tenha tempo o suficiente para adquirir conhecimentos e competências necessárias na prestação de cuidados de saúde ao idoso com AVC, adequados no domicílio. Na comunidade, a capacidade de identificar barreiras arquitetónicas, de reconhecer as dificuldades no domicílio e o desenvolvimento de soluções apropriadas é vital para que a família desempenhe adequadamente o papel de cuidador. A identificação dos recursos da comunidade, bem como o conhecimento de produtos de apoio, contribui

para a satisfação das necessidades e, consequente, para o bem-estar do idoso com AVC e família. Todos estes passos estão contemplados naquela que foi a minha experiência no ensino clínico (Estágio II), conforme se encontra descrito no capítulo 2 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NO ESTÁGIO – II.

O terceiro artigo *"Informal primary carers of stroke survivors living at home – challenges, satisfactions and coping: A systematic review of qualitative studies"* de GREENWOOD *et al* (2008) (ANEXO XII) analisou vários estudos qualitativos de várias regiões (Estados Unidos da América, Inglaterra, Escócia, Tailândia, Austrália e Hong Kong) sobre o impacto positivo e negativo na família no cuidar de pessoas em situação de AVC no domicílio, quais os desafios e necessidades encontrados e estratégias de coping mais utilizadas para ultrapassar esses desafios. Nos estudos analisados por estes autores, verificou-se que os desafios e as necessidades mais comuns das famílias das pessoas com AVC eram a educação e preparação dos cuidadores informais para a satisfação das várias AVD's, como por exemplo, nos cuidados de higiene diários.

Necessidades de apoio emocional dos cuidadores informais também foram mencionadas nos vários estudos. A mudança para o papel de cuidador na família da pessoa com AVC pode provocar situações de stress, angústia, sensação de perda de liberdade e isolamento social, sentimentos de desvalorização pessoal sendo que em alguns casos há mesmo referência a pressões para assumir essa responsabilidade. O medo de ocorrência de um futuro AVC ou outras complicações foram outros problemas relatados pelos cuidadores informais nos vários estudos.

Existem pessoas que perante situações que podem acarretar maior pressão social, como é o caso de cuidar de alguém dependente, preferem que sejam os profissionais de saúde a tomar decisões. A preferência da família pelo não envolvimento nos cuidados pode então estar ligada à proteção das relações e ao evitar conflitos de papéis dentro da família.

No sentido de promover a participação familiar, HOEMAN (2011) identifica potenciais intervenções de enfermagem de reabilitação como: informar a família acerca da doença, situação e o seu papel nas responsabilidades; facilitar as capacidades de coping e de resolução de problemas; ajudar a família na manutenção de relações positivas; facilitar uma comunicação aberta entre os trabalhadores de cuidados de saúde e família; encorajar as famílias a participar em grupos de apoio; encorajar a participação apropriada da família nos cuidados e combinar momentos com a família para discutir e avaliar os cuidados prestados, entre outros.

GREENWOOD *et al* (2008) referem que a família tem um papel determinante em garantir aos idosos em situação de AVC um regresso a casa adequado. Eles

acreditam que ao conhecer o modo singular de como cada família reage, permite adequar a intervenção no sentido de promover uma participação ativa nos cuidados o que contribui para o bem-estar de todos. Isto vai ao encontro de SEQUEIRA (2010), quando refere que a complexidade do cuidar envolve muitos fatores associados sendo necessário atender às diversas componentes envolvidas numa prestação de cuidados adequadas às necessidades da pessoa como foram citadas anteriormente na revisão da literatura.

Os membros da família têm um papel determinante em proporcionar um regresso a casa adequado e de providenciar a continuidade de cuidados da pessoa idosa com AVC. No entanto, a transferência de conhecimentos, técnicas e cuidados de saúde para a família cuidadora precisa de ser acompanhada com uma clara noção do apoio que os cuidadores necessitam. Os autores referiram que quando este processo é positivo, a família pode beneficiar de vantagens como foram relatadas pelos cuidadores informais neste estudo sendo elas a aproximação de relações familiares, o orgulho, a satisfação de poder cuidar de alguém e a sensação de bem-estar (GREENWOOD *et al*, 2008).

De modo geral, pode-se conferir que os artigos analisados revelam a importância que o enfermeiro de reabilitação na continuidade de cuidados prestados pela família à pessoa idosa com AVC no domicílio, conforme está referido no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, o enfermeiro na sua formação especializada adquire competências que lhe permite:

promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando -lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (REGULAMENTO 125/2011).

MENOITA *et al* (2012) também referem que para que haja continuidade de cuidados no domicílio é necessário estabelecer uma parceria com a família, baseando-se num contrato de confiança, de forma a obter o seu empenho e participação de cuidados. É um processo de aprendizagem contínuo e de negociação entre o enfermeiro de reabilitação e a família, e só se consegue quando existe uma clara

identificação de papéis entre todos os elementos envolvidos no processo de cuidar, em que cada um possa contribuir para dar respostas face aos objetivos pretendidos.

Estes estudos vão ao encontro da Teoria dos Sistemas de Betty Neuman (NEUMAN; FAWCETT, 2011), onde o idoso com AVC e sua família são considerados como um sistema aberto, que interage constantemente com o ambiente, sendo que ambos podem ajustar-se um ao outro e serem influenciados positiva ou negativamente. O foco nas famílias do idoso com AVC prende-se nas respostas individuais da pessoa e da família a problemas de saúde reais e potenciais. Envolver a família do idoso com AVC, como agente ativo no seu processo de cuidados, é predizer que todos os sistemas que com ela e nela interagem contribuem para as constantes readaptações necessárias, perante os agentes *stressores*, que constantemente põe em causa o bem-estar.

HABEL (2011) refere que os objetivos comuns das pessoas e famílias incidem no domínio das técnicas dos cuidados de sobrevivência, no reconhecimento e resolução de problemas, na adaptação à incapacidade e na integração da incapacidade num estilo de vida preferencial. O enfermeiro de reabilitação para além de poder maximizar as pequenas habilidades e realizar modificações ambientais que proporcionam um aumento da qualidade de vida do idoso com AVC, deve ajudar as famílias no seu processo adaptativo e estratégias de coping e assegurar a continuidade de cuidados através da educação para a saúde. HABEL (2011) refere que:

Muito do ensino que ocorre em reabilitação foca-se na acomodação dos compromissos cognitivos, sensorio-perceptuais e motores resultantes de outro compromisso, incapacidade ou doença crónica...para promover a continuidade, os planos de aprendizagem e resultados projetados podem ser enviados com os registos de alta para as agências clínicas ou de cuidados domiciliários. Os doentes podem ser ensinados a ligar para linhas de apoio, onde podem falar com equipas familiares para obter conselhos e ajuda. (pág. 69)

Dado que em Portugal as doenças cerebrovasculares são apontadas como uma das principais causas de morte e de limitações funcionais, incluindo défices no funcionamento físico, psicológico e social, estes estudos acabam por comprovar que a experiência de um AVC na vida de um idoso acarreta repercussões negativas quer para a pessoa, quer para a família. Para que haja uma satisfação das necessidades dos idosos com sequelas de AVC na comunidade, o enfermeiro de reabilitação deve ser capaz de avaliar, conjuntamente com o idoso, família e equipa de saúde, os sentimentos e as preocupações bem como as necessidades identificadas de forma a encontrar soluções adequadas em cada situação.

Na minha vida profissional, verifico que muitas famílias preocupam-se com a prestação de cuidados após a alta do idoso com AVC. Quando possível, é solicitado à família que o leve (após devida orientação e validação de condições), durante o internamento, para ir a casa num fim-de-semana, de forma a verificar quais as principais dificuldades encontradas e através dessas dificuldades realizar um programa de intervenção específica. Penso que ao efetuar um programa de intervenção específico em cada situação, irá permitir que as famílias consigam dar respostas às necessidades do idoso com AVC e, desta forma, providenciar a continuidade de cuidados no domicílio.

Da análise dos artigos selecionados e dando resposta à pergunta PI[C]O, as famílias são consideradas elementos fundamentais para os cuidados prestados ao idoso com AVC, no regresso à comunidade. Já a intervenção do enfermeiro de reabilitação é significativa na medida em que permite capacitar as famílias para dar continuidade ao processo de reabilitação após a alta clínica. Num contexto onde os serviços de saúde se estão constantemente a reorganizar, a comunidade assume-se cada vez mais como o local de excelência para a prestação de cuidados do enfermeiro de reabilitação, por ser o local em que as pessoas mais se identificam e se sentem seguras.

CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho proporcionou momentos de reflexão sobre as práticas desenvolvidas ao longo do Estágio – II, uma componente essencial do ensino clínico no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santarém, o que contribuiu para a aquisição de competências específicas em enfermagem de reabilitação, permitindo prestar cuidados diferenciados e personalizados à pessoa e família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica traumática e não traumática.

Sendo o ensino clínico constituído por momentos privilegiados para o desenvolvimento de competências e aquisição de novos conhecimentos e habilidades, a reflexão sobre a ação funciona como uma ferramenta de aprendizagem essencial, trabalhando como um mediador entre a ação e o pensamento, no sentido de analisar e refletir sobre as intervenções realizadas.

Ao estagiar nos vários locais, foi possível cumprir os objetivos inicialmente propostos nos projetos de estágio, tendo sido um percurso muito gratificante que levou ao meu crescimento e desenvolvimento, tanto ao nível pessoal como profissional.

Ao longo dos meses de ensino clínico, as aprendizagens adquiridas não só estiveram dirigidas para a necessidade de possuir um conjunto de conhecimentos e técnicas específicas, mas também tem para a capacidade de adaptação daquilo que foi apreendido, face à especificidade de cada pessoa e família. Assim sendo, as intervenções realizadas enquanto enfermeiro de reabilitação foram sempre incluídos no plano global de cuidados de saúde, no sentido de dar resposta às necessidades no processo de reabilitação da pessoa e sua família de uma forma holística.

Quanto à problemática em questão, conclui-se que o enfermeiro de reabilitação tem um papel fundamental na identificação das necessidades da família do idoso com AVC, uma vez que permite planear um conjunto de intervenções específicas e direcionadas para satisfazer essas necessidades, e desta forma, promover a continuidade dos cuidados no domicílio.

HABEL (2011, p. 69) refere que:

as famílias têm um papel importante na identificação de metas e objetivos, e o seu investimento influencia o sucesso ou fracasso. O envolvimento familiar no planeamento das experiências de aprendizagem aumenta o potencial de reabilitação do doente e ajuda a assegurar que as metas são realistas.

Nos artigos analisados, constatou-se que as necessidades das pessoas e família vão sendo diferentes conforme os contextos em que se inserem. O enfermeiro de reabilitação deve atender às diferentes necessidades que as mesmas vão tendo ao longo do processo de cuidados e adequar que tipo de intervenção a implementar. Para tal, um contato precoce com a família é vital para que todo o processo de reabilitação se desenrole favoravelmente, uma vez que permite conhecer as preocupações da mesma e antecipar potenciais obstáculos no futuro. Fornecer informação e treino adequado é importante para que a família assimile conhecimentos e que os possa colocar em prática de forma a dar continuidade aos cuidados.

Para cuidar o idoso com AVC no domicílio é preciso, também, cuidar da sua família e as intervenções de enfermagem de reabilitação centradas na família são especialmente dirigidas à otimização de habilidades no cuidar. O enfermeiro de reabilitação deve supervisionar e desenvolver intervenções que capacitem a família para a prestação de cuidados globais ao idoso com AVC, por forma a não porem em risco a segurança da pessoa a cuidar, o que nem sempre acontece. O quê, como e quando fazer, informação sobre a doença e suas principais dificuldades, adesão ao regime terapêutico e sobre o papel de cuidador são algumas das intervenções que o enfermeiro de reabilitação deve instruir à família (MENOITA *et al*, 2012).

Para que a família seja um agente ativo do planeamento/execução das intervenções, importa também informá-la sobre redes locais de apoio (por exemplo existência de Equipas de Cuidados Continuados Integrados, instituições com apoio domiciliário), associações de ajuda, apoio social e económico, entre outros. Não se pode descuidar que cuidar de alguém dependente, nomeadamente de um idoso com AVC, implica a necessidade de apoio emocional, psicológico e social para a família, de forma a diminuir a possibilidade de sofrerem ansiedade, depressão e os sentimentos de culpa, apoios esses que se tornam decisivos para manter o idoso no domicílio com a maior qualidade possível. Uma informação inadequada e diminuta, associada a recursos económicos e sociais reduzidos, pela perda de poder económico e ausência de apoios sociais, materiais e de suporte ou de cuidadores informais podem dificultar o processo de reabilitação do idoso com AVC. Uma pessoa que seja inserida no domicílio de forma inadequada é, provavelmente, uma pessoa que irá ser reinternada em ambiente hospitalar, o que implica custos sociais e económicos acrescidos e não contabilizados (MENOITA *et al*, 2012).

Perante isto, o enfermeiro de reabilitação assume uma posição privilegiada, como elo de ligação entre a família, a equipa multidisciplinar e os recursos da comunidade, assim como garante a equidade no acesso aos cuidados de saúde, no sentido de poder prestar cuidados de saúde com elevado conhecimentos, centrados na pessoa e família como um todo, reduzindo o número e tempo de internamentos, permitindo melhorar a qualidade de vida das mesmas dentro das suas comunidades.

Em suma, a otimização dos cuidados de enfermagem de reabilitação na família do idoso com AVC, passa pela criação e implementação de programas de reabilitação que visem a educação para a saúde, o tratamento da doença e habilitar a família para a prestação de cuidados no domicílio, rentabilizando recursos, reduzindo danos e prevenindo complicações inerentes do cuidar.

Considero que os objetivos definidos para este trabalho foram atingidos, uma vez que foi possível refletir sobre o processo de desenvolvimento de competências de enfermagem de reabilitação adquiridas ao longo do ensino clínico, assim como o desenvolvimento de conhecimentos específicos ao nível profissional, com o recurso à prática baseada na evidência, reconhecendo que este método é fundamental na procura da excelência da qualidade dos cuidados prestados.

Através da pesquisa efetuada, foi possível constatar que a informação existente relativa a esta temática é ainda escassa; torna-se importante investir na investigação sobre a família enquanto cuidadora de idosos com AVC. Deste modo, para contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde de enfermagem de reabilitação, deixo a sugestão de que deve haver mais investimento na área da investigação, através da divulgação e publicação de resultados dos estudos científicos.

O desafio da enfermagem de reabilitação é então adaptar os conhecimentos e intervenções perante as necessidades das pessoas, atendendo às especificidades de cada patologia, de cada fase da recuperação e da motivação e capacidades de cada pessoa. Segundo HESBEEN (2003), a intervenção do enfermeiro de reabilitação só será eficaz se ela tiver utilidade e fizer sentido para a pessoa que é cuidada. Desta forma, para além de conhecimentos teóricos e práticos, o enfermeiro de reabilitação tem como objetivo criar condições que devem fazer sentido e ser compatíveis com cada pessoa e família, em cada situação em específico, independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeção.

Hoje, considero possuir “um outro olhar” quando me encontro a exercer funções específicas enquanto enfermeiro de reabilitação. As experiências adquiridas anteriormente contribuem para as minhas tomadas de decisão, sendo capaz de identificar as necessidades da pessoa em cada situação particular e mobilizar conhecimentos e recursos de forma a satisfazê-las. Como refere o REGULAMENTO

nº 125/2011, considero-me agora um enfermeiro que “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas”.

Para todos aqueles que contribuíram para o crescimento e amadurecimento a nível pessoal e profissional, um muito obrigado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, M. (2006) – *(Des)Equilíbrios Familiares*. 3.^a ed. Coimbra: Quarteto Editora.
- ANDERSEN, D.; WARD, H.; HATTON, D. (2011) – Riscos de Saúde da Família. In Stanhope; Lancaster. *Enfermagem de Saúde Pública*. Loures: Lusodidacta.
- ANDRADE, F.M.M. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Tese mestrado em ciências da educação, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- BOLANDER, V. (1998) - *Enfermagem Fundamental, Abordagem Psicofisiológica*. 1ªed., Lisboa, Lusodidacta.
- BOTELHO, A. (2005) A funcionalidade dos idosos, In: *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- BRANCO, T; SANTOS, R. (2010) – *Reabilitação da pessoa com AVC* – Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- BUCHANAN, L. Enfermagem de Reabilitação na Comunidade in HOEMAN, Shirley P. (2000) - *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. 2ª ed., Loures: Lusodidacta.
- CAMERON, V. (2013) – *Best Practices for Stroke Patient and Family Education in the Acute Care Setting: A Literature Review* - CNE Series, Medsurg Nursing, January-February, vol. 22, pág 51-55.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2000) - *Prevenção da Incapacidade e Cuidado das Pessoas com Incapacidade – Tomada de posição*, (consultado a 10-11-2012). Disponível em URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadasdePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/16_PreventionDisbilityCare_Pt_-_revisto_IS-LF.pdf

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2006) - The Nursing and social care interface – folha informativa, (consultado a 10-11-2012) Disponível em URL http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadasdePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/15_Nsg_Care_Older_Person_Pt_-_revisto_IS-LF.pdf

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2009) - The Nursing and social care interface – folha informativa, (consultado a 14-01-2013). Disponível em URL http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_FolhasInformativas_vsINGePT/FI_versao_ING/Nursing_Health_Management/1a_FS-Nursing_Social_Care_Interface.pdf

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros,

DEAN, B. Ensino e Aprendizagem Orientado para Resultados in HOEMAN, Shirley P. (2000) - *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. 2ª ed., Loures: Lusodidacta.

DECRETO-LEI N.º 101/2006. (consultado a 23 Março de 2013) Disponível em URL <http://dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=20061960%20&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11='Decreto-Lei'&v12=101/2006&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar%20X>

DELISA, J. Gans, B. (2002) - *Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Prática*. 3ª edição. S. Paulo: Editora Manole.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2001) - *Direção de Serviços e Planeamento, Unidades de AVC* - Lisboa, DGS.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2004) - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa. Ministério da Saúde.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2006), Circular Normativa nº03/DSPCS, Data: 06/02/06 - *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*, Lisboa. Ministério da Saúde.

DUARTE, S. (2012). Construir a Parceria de Cuidados no Domicílio. In CARVALHO, J.C. *et al. Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: ESEP

DUARTE, Y.; DIOGO, M. (2000) *Atendimento Domiciliar – Um Enfoque Gerontológico*, S. Paulo: Atheneu.

FERNANDES, P. (2000) - *A Depressão no Idoso* 2ª ed. Coimbra: Quarteto.

FORTIN, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência

FREESE, B. - “Betty Neuman: Modelo de Sistemas”, in TOMEY A. E ALLIGOOD M. (2004), *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5.ª Edição, Lusociência, Loures.

GARCIA, C. (2009) *A satisfação dos idosos em relação ao apoio prestado por uma IPSS* - Tese para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima, Portugal.

GEORGE, J.B. (2000). Teoria dos Sistemas de Betty Neuman. In GEORGE, J.B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

GILLESPIE D.; CAMPBELL F. (2011) - *Effect of stroke on family carers and family relationships*. Nursing Standard. 26, 2, 39-46, January.

GREENWOOD, N.; MACKENZIE, A.; CLOUD, G. C. & WILSON, N. (2008) - *Informal primary carers of stroke survivors living at home – challenges, satisfactions and coping: A systematic review of qualitative studies*. Informa Healthcare, Disability and Rehabilitation, 2009; 31(5): 337–351.

GUERRA, M. F.L. Araújo - *O cuidar fundamentado em Orem. Nursing*. Jun (2002) p.24-28.

GUYATT, G.; RENNIE, D. (2002) - *Users guides: essentials of evidence-based clinical practice*. Chicago, IL: American Medical Association.

HABEL, M. – Educação do doente e da família orientada para resultados in HOEMAN, SHIRLEY P. (2011) - *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª ed., Loures: Lusodidacta.

HANSON, S. (2005) – *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. 2.ª ed. Loures: Lusociência.

HESBEEN, W. (2003) - *A Reabilitação – Criar novos caminhos*. Loures. Lusociência.

HOEMAN, S. P. (2011) - *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª ed., Loures: Lusodidacta.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA INE, 2012 (consultado a 11-02-2013).

Disponível

em

URL

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006042&contexto=bd&selTab=tab2.

JEREMIAS, C.; RODRIGUES, F. (2010). *O cuidar de Enfermagem ao Sistema Cliente Comunidade*. *Revista Nursing Portuguesa*, Ano 22, N.º 263.

JORGE, S.; DANTA, S. (2003). *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo. Atheneo

KAAKINEN; BIRENBAUM (2011) – *Desenvolvimento da Família e Apreciação de Enfermagem da Família: Enfermagem de Saúde Pública*. Loures: Lusodidacta.

- LIMA, C. (2003) - *A mulher acometida de acidente vascular cerebral – Cuidados de enfermagem no processo de reabilitação*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceara - Tese de Mestrado.
- LOCK, S. (2011) – *Prática Baseada na Evidência: Enfermagem de Saúde Pública*. Loures: Lusodidacta.
- LUTZ, B; DAVIS, S. – Modelos Teóricos e Práticos para a Enfermagem de Reabilitação in HOEMAN, SHIRLEY P. (2011) - *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª ed., Loures: Lusodidacta.
- MARTINS, M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família – O doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- MENOITA, E.; SOUSA, L.; ALVO, I.; VIEIRA, C.; (2012) - *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC, Contributos para um Envelhecer Resiliente* - Loures, Lusociência.
- Neuman, B.; Fawcett, J. (2011) – *The Neuman Systems Model*. 5th Edition. United States of America: Pearson Education, Inc.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUES DOS SISTEMAS DE SAÚDE. *Relatório Primavera 2011 – da depressão da crise para a governação prospetiva da saúde*. Edição 2011.
- ONEGA, L.; DEVERS, E. (2011). Educação para a saúde e processo de grupo. In Stanhope; Lancaster. *Enfermagem de Saúde Pública*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual*. Lisboa:.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição*. (consultado a 23 Março 2013) URL http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) - *Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1997) Programme on Mental Health. The World Health Organization Measuring Quality of Life. (consultado a 23 Março 2013) Disponível em URL http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2003). *Promovendo qualidade de vida após AVC*; Um guia para Fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde. Porto Alegre: Artmed.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2004). *Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, P. (2006) - *Bioética Longevidade Humana*. São Paulo: Loyola.

QUARESMA, L (2006) - *O Sentido das Idades da Vida: interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: Cesdet.

RAPOSO (2012) *Efeito De Uma Intervenção Educativa Dirigida Ao Cuidador Informal/ Utente Com Doença Avançada No Domicilio*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina, Lisboa, Portugal. Disponível em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/7229>

REGADAS, S.; MARQUES, G. (2012). A Enfermagem e as Famílias Prestadoras de Cuidados. In CARVALHO, J.C. *et al. Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: ESEP

REGULAMENTO nº 122/2011. “DR II Serie”. 35 (2011-02-18) 8649.

REGULAMENTO nº 125/2011. “DR II Serie”. 35 (2011-02-18) 8658.

RELVAS, P. (2000) – *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. 2.ª ed. Porto Editora, Afrontamento.

RODRIGUES, E.; ALVAREZ, D.; CORTÉS, P. (2001) - *Cuidadores Informales: Necesidades y Ayudas*. Rol, (24) 3.

- SEQUEIRA, C. (2010) - *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* – Lisboa, LIDEL- edições técnicas, Lda.
- SILVA, M. (2008) – *Prática Baseada na Evidência: Investindo na Qualidade em Enfermagem*. Revista Sinais Vitais. ISSN: 0872-8844. Julho, n.º 79.
- TABORDA (2012) O Enfermeiro de Família e o Prestador de Cuidados ao Idoso In CARVALHO, J.C. *et al. Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: ESEP
- TOMEY, A.M; ALLIGOOD, M.R. (2004) - *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (modelos e teorias de enfermagem)*. 5ª edição, Loures: Lusociência.
- UMPHRED, Darcy A. (2010) - *Reabilitação neurológica*. 5ed. – Elsevier Editora Lda, São Paulo.
- WRIGHT, L.; LEAHEY, M. (2005) – *Enfermeiros e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3.ª ed. São Paulo: Roca Editora.

ANEXOS

ANEXO I – Projeto de Estágio II – Contexto neurologia traumática

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
II CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO II E RELATÓRIO
ANO LECTIVO 2011/2012

PROJETO DE ESTÁGIO
EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À
PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES NEURO-TRAMATOLÓGICAS

SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DE ADULTOS
DO CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO DE ALCOITÃO

Mestrando: Juliano Branco, nº100430019

Cooperante: Enf.ª Marta Alves

Orientador: Prof. Joaquim Simões

SANTARÉM
MARÇO, 2012

ÍNDICE

	F.
INTRODUÇÃO	3
1.PLANO DE ATIVIDADES	5
CONCLUSÃO	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

1. INTRODUÇÃO

Integrado no plano de estudos da Unidade Curricular Estágio II, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, foi proposto a realização de um projeto individual face ao presente estágio que decorre no serviço de Serviço de Reabilitação de Adultos do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, no período compreendido entre 27 de Fevereiro a 23 de Março de 2012.

O desafio lançado aos formandos para a realização de um projeto de estágio que engloba os objetivos a atingir durante o referido período parece importante, uma vez que servirá como guia orientador nas atividades a desenvolver no estágio, facilitando/orientando o percurso de ensino-aprendizagem.

Este trabalho tem como finalidade promover o processo de desenvolvimento e aquisição das competências do enfermeiro de reabilitação previstos no REGULAMENTO nº125/2011 relativos as competências do Enfermeiro Especialista Enfermagem Reabilitação e as competências comuns do enfermeiro especialista no REGULAMENTO nº122/2011, que para o presente estágio, se procura desenvolver na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações neuro-traumatológicas.

As alterações neuro-traumatológicas são várias que afetam a independência da pessoa, diminuindo a sua qualidade de vida. Desta forma, o enfermeiro de reabilitação tem um papel fundamental na promoção da independência da mesma, no sentido de minimizar complicações e sequelas e aumentar a função, de forma que possa reintegrada na sociedade.

O Serviço de Reabilitação de Adultos, anteriormente designado por Serviço de Lesões Vertebro-Medulares, destinava-se apenas a pessoas com lesões vertebro-medulares, de ambos os sexos, a partir dos 18 anos, sendo na sua maioria causados por quedas e acidentes de viação. Atualmente, também admitem pessoas que tiveram Acidente Vascular Cerebral, devido a questões de organização de serviços.

Assim, o projeto proposto compreende os objetivos profissionais específicos, atividades a desenvolver, intervenientes e tempo necessário para a sua realização. Na sua elaboração foram considerados diversos factores, nomeadamente tipologia das pessoas internadas no serviço e as suas necessidades, bem como motivação e necessidades de formação do formando.

É nesta perspetiva que o presente projeto inclui um plano de atividades organizado segundo objetivos específicos e as respetivas atividades a desenvolver para o alcance dos mesmos, bem como os intervenientes nestas atividades e definição cronológicas destas últimas, finalizando com considerações finais.

Desta forma, os objetivos gerais para este estágio são:

- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando nas equipas multidisciplinares à pessoa/família com alterações neuro-traumatológicas, visando a sua independência máxima
- Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e cuidados específicos de enfermagem de reabilitação

De ressaltar que o presente projeto é flexível e pode estar sujeito a alterações, conforme as necessidades sentidas pelo mestrando bem como as experiências que possam surgir ao longo do estágio.

1. PLANO DE ATIVIDADES

Um plano de atividades, constitui um guia orientador para algo que se pretende concretizar. É suscetível de reajustes ao longo do seu percurso, uma vez que, tem por base conhecimentos, motivações, circunstâncias, experiências e reflexões.

O plano de atividades é um instrumento indispensável, uma vez que constitui uma base para orientar a prática e a aprendizagem pessoal e profissional; serve para definir prioridades e intervir o mais adequadamente possível junto da pessoa ou da população a que se destina, permitindo assim, uma melhor articulação teórico-prática e maior rentabilização do estágio.

Este plano teve como base determinadas patologias, que irão ser referidas seguidamente, às quais correspondem atividades que serão transversais a todas; no entanto, existem outras que são específicas de uma ou mais patologias, pelo que será feita a correspondência entre as atividades específicas e as respetivas patologias.

1. PLANO DE ATIVIDADES

OBJETIVO ESPECÍFICO: Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alterações neuro-traumatológicas, nomeadamente, lesões vertebro-medulares, desenvolvendo competências específicas de avaliação, planeamento, intervenção e reavaliação, com vista à sua máxima independência

ATIVIDADES PLANEADAS	INTERVENIENTES	MOMENTO
<p>Avaliação das necessidades da pessoa/família com alterações neuro-traumatológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparação da admissão e acolhimento; • Colheita de dados relativamente às suas necessidades (antecedentes pessoais, ensinos, apoio familiar, ajudas técnicas, condições habitacionais); • Utilização escalas e instrumentos de medida com vista à avaliação da funcionalidade nas áreas: motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, eliminação vesical e intestinal e sexualidade; • Avaliação do grau de independência nas atividades de vida diária, recorrendo a escalas (Escala de Lower e escala de Berg, Escala de Ashworth, MIF, ASIA); • Avaliação do estado consciência, sinais vitais, padrão respiratório, capacidade funcional, (equilíbrio, coordenação de movimentos e tónus); • Avaliação de sintomas (tosse, dispneia, dor e expetoração); • Validação das intervenções de enfermagem de reabilitação adequada da 	<p>Mestrando</p> <p>Enfª Cooperante</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Pessoa</p> <p>Família</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

<p> pessoa/família com alterações neuro-traumatológicas através da realização de planos de cuidados específicos para cada situação com a enfª cooperante; </p> <ul style="list-style-type: none"> • Articulação com a equipa multidisciplinar, com vista a otimizar os cuidados de reabilitação prestados através da discussão de casos durante a passagem de turno, visita médica e aquando na prestação de cuidados à pessoa da pessoa/família com alterações neuro-traumatológicas; • Avaliação dos resultados obtidos através das intervenções de enfermagem de reabilitação e discussão dos mesmos com a pessoa/família e com a enfª cooperante e se necessário reajustar o plano de cuidados; • Registo das intervenções e resultados obtidos dos cuidados de enfermagem de reabilitação no processo da pessoa; <p> Mobilização de conhecimentos e realização de ensino/instrução/treino das técnicas de intervenção de enfermagem de reabilitação ao nível da reabilitação neuro-traumatológicas, nomeadamente: </p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exercícios terapêuticos no leito: auto-mobilizações dos membros superiores e inferiores; exercícios isométricos e isotónicos - abdução/adução e rotação interna/externa dos membros (articulação do ombro e coxo-femural), abdução/adução e flexão e extensão dos dedos (mãos e pés), extensão do quadríceps, flexão e extensão do cotovelo e joelho, flexão/extensão e inversão e eversão plantar (e outros exercícios que se justifiquem); ▪ Mobilizações articulares passivas, ativo-assistidas e ativas, consoante a 		
---	--	--

<p>capacidade da pessoa;</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Posicionamentos anti-espásticos;▪ Treino de equilíbrio sentado, verticalização (standing-frame) e treino de equilíbrio de pé;▪ Marcha com andarilho, tripé e subir e descer escadas;▪ Atividades de vida diária (vestuário, higiene pessoal, alimentação, transferências);▪ Controlo de esfíncteres e auto-esvaziamento vesical;▪ Exercícios de fortalecimento muscular nomeadamente exercícios com pesos;▪ Estimulação da sensibilidade e propriocepção, através da aplicação de talas pneumáticas;▪ Técnicas de reeducação funcional respiratória, sempre que se justifique, nomeadamente:<ul style="list-style-type: none">▪ Exercícios para consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios;▪ Controlo da respiração abdomino-diafragmática;▪ Técnicas de reeducação costal e diafragmática, com aberturas costais global, com bastão ou seletivas;		
---	--	--

<ul style="list-style-type: none">▪ Drenagem postural;▪ Técnicas de correção postural;▪ Técnicas de tosse (assistida ou dirigida);▪ Gestão terapêutica/oxigenoterapia/inaloterapia;▪ Realização de percussões, compressões e vibrações torácicas.		
---	--	--

OBJETIVO ESPECÍFICO: Capacitar a pessoa/família com alterações neuro-traumatológicas para a independência no autocuidado, tendo em vista a preparação para o regresso a casa.

ATIVIDADES PLANEADAS	INTERVENIENTES	MOMENTO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de fatores facilitadores e dificultadores para a realização das atividades de vida diária e necessidades de formação, preparando-os para o regresso a casa, nomeadamente na eliminação de barreiras arquitetónicas existentes no domicílio; ▪ Preparação de um plano de atividades aquando o regresso a casa adequando os ensinios a cada situação específica (atividade física, estilos de vida saudáveis); ▪ Orientação na aquisição de produtos de apoio, de modo a facilitar o processo de integração no domicílio. 	Mestrando Enfª Cooperante Equipa multidisciplinar Pessoa Família	Ao longo do estágio

OBJETIVO ESPECÍFICO: Compreender a importância do papel do enfermeiro de reabilitação no departamento de Atividades de Vida Diária, face à pessoa/família com alterações neuro-traumatológicas, nomeadamente, com lesões vertebro-medulares

ATIVIDADES PLANEADAS	INTERVENIENTES	MOMENTO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação do papel do enfermeiro de reabilitação no departamento de atividades de vida diária; ▪ Consulta e análise de documentos sobre as intervenções do enfermeiro de reabilitação existentes no serviço; ▪ Observação e participação da dinâmica de funcionamento do departamento de atividades de vida diária; ▪ Treino na utilização e recomendação/sugestão dos diferentes produtos de apoio existentes no departamento para a satisfação das necessidades específicas de cada pessoa. ▪ Envolvimento da família no processo de preparação para o regresso a casa. 	<p>Mestrando</p> <p>Enfª Cooperante</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Pessoa</p> <p>Família</p>	<p>2ª semana de estágio (05/03/12 a 09/03/12)</p>

OBJETIVO ESPECÍFICO – Colaborar enquanto agente formador e gestor com a equipa de enfermagem, em novas estratégias de intervenção, visando a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem específicos de reabilitação

ATIVIDADES PLANEADAS	INTERVENIENTES	MOMENTO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de um levantamento das necessidades sentidas pela equipa de enfermagem; ▪ Partilha e discussão de experiências com a enfª cooperante e equipa multidisciplinar no sentido de esclarecimento de dúvidas e permitir momentos de reflexão sobre atividades desenvolvidas e sua adequação; ▪ Realização de panfleto informativo acerca de treino de equilíbrio em pessoas com alterações neuro-traumatológicas 	<p>Mestrando</p> <p>Enfª Cooperante</p> <p>Equipa multidisciplinar</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

CONCLUSÃO

A elaboração do presente projeto de estágio constitui-se como um guia de orientação e suporte na aquisição e consolidação de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento de competências do enfermeiro de reabilitação. Com ele vai ser possível avaliar as necessidades de aprendizagem vivenciadas em ensino clínico, o que permite estruturar um conjunto de atividades que venham suprir essas mesmas necessidades e assim possibilitar um melhor desempenho ao nível dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

Ao desenvolver um plano de atividades que funcionará como linha orientadora para o presente estágio, é possível estabelecer prioridades e fazer uma correta gestão do tempo e mobilizar recursos para atingir os objetivos propostos, sendo importante a reflexão na preparação e estruturação das diversas intervenções a serem realizadas à pessoa com alterações neuro-traumatológicas.

Para evitar correr o risco de os objetivos não se tornarem atingíveis, este plano é realizado de forma precisa e clara, para que os objetivos propostos sejam o mais realista possível.

Importa referir ainda que o planeamento das atividades é flexível, podendo ser alterado de acordo com as necessidades sentidas. Desta forma, é esperado que, no final do estágio, os objetivos propostos sejam alcançados, aperfeiçoando e desenvolvendo competências e conhecimentos nos cuidados de enfermagem de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- PORTUGAL (2011). REGULAMENTO nº 122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista / DR n 35, 2ª série, 18 de Fev;
- PORTUGAL (2011). REGULAMENTO nº 125/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação / DR n 35, 2ª série, 18 de Fev.

ANEXO II - Projeto de Estágio II – Contexto neurologia não traumática

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
II CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO II E RELATÓRIO 2ºBLOCO
ANO LECTIVO 2011/2012

PROJETO DE ESTÁGIO
EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À
PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS NÃO-TRAUMÁTICAS

SERVIÇO DE MEDICINA V
DO CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO – TORRES NOVAS

Mestrando: Juliano Branco, nº100430019

Cooperante: Enf.º António Lopes

Orientador: Prof. Joaquim Simões

SANTARÉM
ABRIL, 2012

ÍNDICE

	F.
INTRODUÇÃO	3
1. PLANO DE ATIVIDADES	5
CONCLUSÃO	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

INTRODUÇÃO

Integrado no plano de estudos da Unidade Curricular Estágio II e Relatório, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, foi proposto a realização de um projeto individual face ao presente estágio que decorre no serviço de Medicina - V do Centro Hospitalar Médio Tejo – Torres Novas, no período compreendido de 09 de Abril a 11 de Maio de 2012.

O desafio lançado aos formandos para a realização de um projeto de estágio que engloba os objetivos a atingir durante o referido período é importante, uma vez que servirá como guia orientador nas atividades a desenvolver no estágio, facilitando/orientando o percurso de ensino-aprendizagem.

Este trabalho tem como finalidade promover o processo de desenvolvimento e aquisição das competências do enfermeiro de reabilitação previstos no REGULAMENTO nº125/2011 relativos as competências do Enfermeiro Especialista Enfermagem Reabilitação e as competências comuns do enfermeiro especialista no REGULAMENTO nº122/2011, que para o presente estágio, se procura desenvolver na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações neurológicas não-traumáticas.

Para o presente estágio o foco de interesse incide nas alterações neurológicas não-traumáticas, são várias que afetam a independência da pessoa e que resultam em sequelas e complicações que diminuem a sua qualidade de vida, sendo uma delas o Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Segundo MARTINS citado por BRANCO *et al* (2010, p.11) - “o AVC ocorre quando parte do cérebro é subitamente danificada ou destruída, devido a uma interrupção, ou bloqueio da irrigação sanguínea. Esta lesão provoca o aparecimento súbito de sintomas de sinais focais e neurológicos que perduram para além das 24 horas, a não ser que a morte ocorra”.

De acordo com a Direção Geral de Saúde citada por BRANCO *et al* (2010) em Portugal há uma média anual de 22500 internamentos por AVC, o que é equivalente a quase a 5% do total de internamentos e sendo uma patologia muito frequente no local onde atualmente exerço funções enquanto enfermeiro, faz todo o sentido a aquisição de competências enquanto enfermeiro de reabilitação para a promoção da qualidade de vida das pessoas/família com esta patologia.

O enfermeiro de reabilitação tem um papel preponderante na maximização das capacidades funcionais das pessoas acometidas pelo AVC, “a ênfase da Reabilitação está voltada para o restabelecimento da independência da Pessoa ou recuperação do seu nível de função pré – lesão ou pré – incapacidade. A elevada qualidade de vida destas pessoas, pressupõe um alto nível de adaptação à deficiência com redução de incapacidades e abolição de desvantagens no menor tempo possível”. (BRANCO *et al*, 2010, p.39)

Assim, o projeto proposto compreende os objetivos profissionais específicos, atividades a desenvolver, intervenientes e tempo necessário para a sua realização. Na sua elaboração foram considerados diversos factores, nomeadamente tipologia das pessoas internadas no serviço e as suas necessidades, bem como motivação e necessidades de formação do formando.

É nesta perspetiva que o presente projeto inclui um plano de atividades organizado segundo objetivos específicos e as respetivas atividades a desenvolver para o alcance dos mesmos, bem como os intervenientes nestas atividades e definição cronológicas destas últimas, finalizando com considerações finais.

Desta forma, os objetivos gerais para este estágio são:

- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando nas equipas multidisciplinares à pessoa/família com alterações neurológicas não-traumáticas, visando a sua independência máxima
- Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e cuidados específicos de enfermagem de reabilitação

De ressaltar que o presente projeto é flexível e pode estar sujeito a alterações, conforme as necessidades sentidas pelo mestrando bem como as experiências que possam surgir ao longo do estágio.

1. PLANO DE ATIVIDADES

OBJETIVO ESPECÍFICO: Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alterações neurológicas não-traumáticas, nomeadamente, o Acidente Vascular Cerebral, desenvolvendo competências específicas de avaliação, planeamento, intervenção e reavaliação, com vista à sua máxima independência

ATIVIDADES PLANEADAS	INTERVENIENTES	MOMENTO
<p>Avaliação das necessidades da pessoa/família com alterações neurológicas não-traumáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparação da admissão e acolhimento; • Colheita de dados relativamente às suas necessidades (antecedentes pessoais, ensinos, apoio familiar, ajudas técnicas, condições habitacionais); • Avaliação neurológica da pessoa com AVC através da avaliação: <ul style="list-style-type: none"> • do estado de consciência • da coordenação motora • do tônus muscular (Escala modificada de Ashworth) • da força muscular (Escala de Lower) • dos pares cranianos • da sensibilidade (superficial e profunda) • Avaliação funcional da pessoa com AVC através da avaliação: <ul style="list-style-type: none"> • cognitiva (memória, atenção, orientação, linguagem) 	<p>Mestrando</p> <p>Enfº Cooperante</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Pessoa</p> <p>Família</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

<ul style="list-style-type: none">• sensorial (visual, auditiva)• do equilíbrio (estático/dinâmico, sentado/pé) e mobilidade• da capacidade funcional nas Atividades de Vida Diária (AVD) através do índice de Katz• do suporte familiar e social <ul style="list-style-type: none">• Realização de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação específicos para cada situação e validação dos mesmos com o enfº cooperante, adequando à pessoa/família com alterações neurológicas não-traumáticas;• Mobilização de conhecimentos e realização de ensino/instrução/treino das técnicas de intervenção de enfermagem de reabilitação ao nível da reabilitação neurológica não-traumáticas, nomeadamente:<ul style="list-style-type: none">• Posicionamentos em padrão anti-espástico• Estratégias de reeducação dos músculos da face• Estratégias de reeducação da linguagem• Estratégias compensatórias da deglutição• Mobilizações articulares passivas, ativo-assistidas e ativas, consoante a capacidade da pessoa;• Execução de exercícios terapêuticos:<ul style="list-style-type: none">• Auto – mobilizações• Estimulação propriocetiva• Rolamento		
---	--	--

<ul style="list-style-type: none">• Facilitação cruzada• Carga no cotovelo• Ponte• Treino de equilíbrio (sentado/pé, estático/dinâmico)• Transferências (cama/cadeira e vice-versa)• Treino de marcha <ul style="list-style-type: none">• Avaliação dos resultados obtidos através das intervenções de enfermagem de reabilitação e discussão dos mesmos com a pessoa/família e com o enfº cooperante e se necessário reajustar o plano de cuidados;• Registo das intervenções e resultados obtidos dos cuidados de enfermagem de reabilitação no processo da pessoa. <p>Articulação com a equipa multidisciplinar, com vista a otimizar os cuidados de reabilitação prestados através da discussão de casos durante a passagem de turno, visita médica e aquando na prestação de cuidados à pessoa da pessoa/família com alterações neurológicas não-traumáticas;</p>		
--	--	--

OBJETIVO ESPECÍFICO: Capacitar a pessoa/família com alterações neurológicas não-traumáticas para a independência no autocuidado, tendo em vista a reintegração à comunidade.

ATIVIDADES PLANEADAS	INTERVENIENTES	MOMENTO
<ul style="list-style-type: none">▪ Identificação de fatores facilitadores e dificultadores para a realização das atividades de vida diária e necessidades de formação, preparando-os para a reintegração à comunidade, nomeadamente na eliminação de barreiras arquitetónicas existentes no domicílio;▪ Preparação de um plano de atividades adequando os ensinamentos a cada situação específica (atividade física, estilos de vida saudáveis);▪ Orientação na aquisição de produtos de apoio, de modo a facilitar o processo de integração no domicílio.	Mestrando Enfº Cooperante Equipa multidisciplinar Pessoa Família	Ao longo do estágio

OBJETIVO ESPECÍFICO – Colaborar enquanto agente formador e gestor com a equipa de enfermagem, em novas estratégias de intervenção, visando a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem específicos de reabilitação

ATIVIDADES PLANEADAS	INTERVENIENTES	MOMENTO
<ul style="list-style-type: none">▪ Realização de um levantamento das necessidades sentidas pela equipa de enfermagem;▪ Partilha e discussão de experiências com o enfº cooperante e equipa multidisciplinar no sentido de esclarecimento de dúvidas e permitir momentos de reflexão sobre atividades desenvolvidas e sua adequação;▪ Realização de um molde-protótipo para estimulação propriocetiva e de treino do autocuidado vestir-se;▪ Realização de panfleto informativo acerca de posicionamentos no leito em pessoas/família com alterações neurológicas não-traumáticas nomeadamente AVC, destinados aos cuidadores no domicílio.	Mestrando Enfº Cooperante Equipa multidisciplinar	Ao longo do estágio

CONCLUSÃO

A elaboração do presente projeto de estágio constitui-se como um guia de orientação e suporte na aquisição e consolidação de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento de competências do enfermeiro de reabilitação. Com ele vai ser possível avaliar as necessidades de aprendizagem vivenciadas em ensino clínico, o que permite estruturar um conjunto de atividades que venham suprir essas mesmas necessidades e assim possibilitar um melhor desempenho ao nível dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

Ao desenvolver um plano de atividades que funcionará como linha orientadora para o presente estágio, é possível estabelecer prioridades e fazer uma correta gestão do tempo e mobilizar recursos para atingir os objetivos propostos, sendo importante a reflexão na preparação e estruturação das diversas intervenções a serem realizadas à pessoa com alterações neurológicas não-traumáticas.

Para evitar correr o risco de os objetivos não se tornarem atingíveis, este plano é realizado de forma precisa e clara, para que os objetivos propostos sejam o mais realista possível.

Importa referir ainda que o planeamento das atividades é flexível, podendo ser alterado de acordo com as necessidades sentidas. Desta forma, é esperado que, no final do estágio, os objetivos propostos sejam alcançados, aperfeiçoando e desenvolvendo competências e conhecimentos nos cuidados de enfermagem de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRANCO, T.; SANTOS, R.; (2010). **Reabilitação da Pessoa com AVC**. Coimbra: FORMASAU .
- PORTUGAL (2011). REGULAMENTO nº 122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista / DR n 35, 2ª série, 18 de Fev;
- PORTUGAL (2011). REGULAMENTO nº 125/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação / DR n 35, 2ª série, 18 de Fev.

ANEXO III - Projeto de Estágio II – Contexto opcional

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
II CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO II E RELATÓRIO 5º BLOCO
ANO LECTIVO 2011/2012

PROJETO DE ESTÁGIO DE OPÇÃO
EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA
COMUNIDADE

CENTRO DE SAÚDE DO ENTRONCAMNETO

Mestrando: Juliano Branco, nº100430019

Cooperante: Enf.^a Isabel Mendes

Orientador: Prof. Joaquim Simões

SANTARÉM
MAIO, 2012

ÍNDICE

	F.
INTRODUÇÃO	3
1. PLANO DE ATIVIDADES	5
CONCLUSÃO	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

INTRODUÇÃO

Integrado no plano de estudos da Unidade Curricular Estágio II e Relatório, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, foi proposto a realização de um projeto individual face ao presente estágio que decorre no Centro de Saúde do Entroncamento, no período compreendido de 21 de Maio a 15 de Junho de 2012.

O desafio lançado aos formandos para a realização de um projeto de estágio que engloba os objetivos a atingir durante o referido período é importante, uma vez que servirá como guia orientador nas atividades a desenvolver no estágio, facilitando/orientando o percurso de ensino-aprendizagem.

Este trabalho tem como finalidade promover o processo de desenvolvimento e aquisição das competências do enfermeiro de reabilitação previstos no REGULAMENTO nº125/2011 relativos as competências do Enfermeiro Especialista Enfermagem Reabilitação e as competências comuns do enfermeiro especialista no REGULAMENTO nº122/2011 da ORDEM DOS ENFERMEIROS, que para o presente estágio, se procura desenvolver na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família na comunidade.

Sendo um estágio opcional e o facto de desenvolver funções de enfermeiro de cuidados gerais numa Unidade de Cuidados Continuados de tipologia de Média Duração e Reabilitação, cujo um dos objetivos consiste na reabilitação, manutenção e apoio social e à rápida reintegração dos seus utilizadores no seu meio habitual de vida em condições da maior autonomia, faz todo o sentido desenvolver um campo de estágio em Cuidados de Saúde Primários e compreender o papel do enfermeiro de reabilitação na comunidade. Segundo HOEMAN (2000), a reabilitação tende, cada vez mais, a ser prestada no domicílio e a integração adequada na comunidade é considerado como sendo um dos maiores desejos das pessoas que estão integrados num programa de reabilitação.

É nesta perspectiva que o presente projeto inclui um plano de atividades organizado segundo objetivos específicos e as respectivas atividades a desenvolver na comunidade, bem como os intervenientes nestas atividades e definição cronológicas destas últimas, finalizando com considerações finais.

Não possuindo conhecimentos tão particulares para este campo de estágio, o foco de interesse maior não será tanto prestar cuidados específicos a pessoas com determinada doença ou incapacidade, mas sim compreender o papel do enfermeiro de reabilitação na comunidade e os cuidados específicos prestados à pessoa/família no domicílio, procurando adaptar sempre os conhecimentos e ações a cada situação em específico.

Desta forma, os objetivos gerais para este estágio são:

- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando nas equipas multidisciplinares à pessoa/família em situação de doença e/ou com deficiência neurológica, visando a sua independência máxima
- Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e cuidados específicos de enfermagem de reabilitação

De ressaltar que o presente projeto é flexível e pode estar sujeito a alterações, conforme as necessidades sentidas pelo mestrando bem como as experiências que possam surgir ao longo do estágio.

1. PLANO DE ATIVIDADES

OBJETIVO ESPECÍFICO: Compreender o papel do enfermeiro de reabilitação na dinâmica de funcionamento da UCC, na articulação com outros serviços e com a comunidade, de modo a dar resposta às necessidades da pessoa/família.

ATIVIDADES PLANEADAS	INTERVENIENTES	MOMENTO
<ul style="list-style-type: none">• Observação e participação nos cuidados e atividades desenvolvidas pela enf^a cooperante na pessoa/família com necessidades de intervenção da enf^a de reabilitação na comunidade;• Observação e participação do papel da enf^a cooperante nas reuniões multidisciplinares semanais;• Observação e colaboração dos registos realizados pela enf^a cooperante para avaliação e acompanhamento da pessoa/família com necessidades de intervenção da enf^a de reabilitação;• Reflexão e discussão com a enf^a cooperante sobre as intervenções realizadas, à pessoa/família na comunidade;• Análise dos regulamentos nº 122/2011 e 125/2011, que definem respetivamente as competências globais do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação.	Mestrando Enf ^a Cooperante Equipa multidisciplinar Pessoa Família	Ao longo do estágio

OBJETIVO ESPECÍFICO: Capacitar a pessoa/família com alterações da funcionalidade, nomeadamente, em pessoas com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no domicílio, desenvolvendo competências específicas no cuidar, na comunidade, promovendo a sua autonomia e contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida.

UNIDADES DE COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES PLANEADAS	INTERVENIENTES	MOMENTO
J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.	<p>Avaliação das necessidades da pessoa/família com AVC no domicílio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colheita de dados relativamente às suas necessidades (antecedentes pessoais, ensinos, apoio familiar, ajudas técnicas, condições habitacionais); • Avaliação neurológica da pessoa com AVC através da avaliação: <ul style="list-style-type: none"> • do estado de consciência • da coordenação motora • do tônus muscular (Escala modificada de Ashworth) • da força muscular (Escala de Lower) • dos pares cranianos • da sensibilidade (superficial e profunda) • Avaliação funcional da pessoa com AVC através da avaliação: <ul style="list-style-type: none"> • cognitiva (memória, atenção, orientação, linguagem) • sensorial (visual, auditiva) • do equilíbrio (estático/dinâmico, sentado/pé) e mobilidade 	<p>Mestrando</p> <p>Enfª Cooperante</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Pessoa</p> <p>Família</p>	Ao longo do estágio

<p>J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • da capacidade funcional nas Atividades de Vida Diária (AVD) através do índice de Katz • do suporte familiar e social • Realização de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação específicos para cada situação e validação dos mesmos com a enf^a cooperante, adequando à pessoa com AVC; • Mobilização de conhecimentos e realização de ensino/instrução/treino das técnicas de intervenção de enfermagem de reabilitação ao nível da reabilitação neurológica não-traumáticas, sempre que se justifique, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> • Posicionamentos em padrão anti-espástico • Estratégias de reeducação dos músculos da face • Estratégias de reeducação da linguagem • Estratégias compensatórias da deglutição • Mobilizações articulares passivas, ativo-assistidas e ativas, consoante a capacidade da pessoa; • Execução de exercícios terapêuticos: <ul style="list-style-type: none"> • Auto – mobilizações • Estimulação propriocetiva • Rolamento • Facilitação cruzada 		
--	---	--	--

<p>J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carga no cotovelo • Ponte • Treino de equilíbrio (sentado/pé, estático/dinâmico) • Transferências (cama/cadeira e vice-versa) • Treino de marcha 		
<p>J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação dos resultados obtidos através das intervenções de enfermagem de reabilitação e discussão dos mesmos com a pessoa/família e com a enf^a cooperante e se necessário reajustar o plano de cuidados; • Mobilização de recursos existente na comunidade, adequando às intervenções realizadas à pessoa/família, nomeadamente às condições habitacionais; • Registo das intervenções e resultados obtidos dos cuidados de enfermagem de reabilitação no processo da pessoa. <p>Articulação com a equipa multidisciplinar, com vista a otimizar os cuidados de reabilitação prestados através da discussão de casos durante a passagem de turno, visita médica e aquando na prestação de cuidados à pessoa da pessoa/família com alterações neurológicas não-traumáticas.</p>		

OBJETIVO ESPECÍFICO: Capacitar a pessoa/família com necessidades de cinesiterapia respiratória, promovendo a sua autonomia e contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida no domicílio

UNIDADES DE COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES PLANEADAS	INTERVENIENTES	MOMENTO
<p>J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</p> <p>J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-controlo e auto-cuidado nos processos de transição</p>	<p>Avaliação das necessidades da pessoa/família com necessidades de cinesiterapia respiratória no domicílio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colheita de dados relativamente às suas necessidades (antecedentes pessoais, ensinos, apoio familiar, ajudas técnicas, condições habitacionais); • Avaliação física da pessoa (observação, palpação, percussão e auscultação); • Avaliação do estado consciência, sinais vitais, padrão respiratório, capacidade funcional, (equilíbrio, coordenação de movimentos e tónus); • Avaliação de sintomas (tosse, dispneia, dor e expetoração); • Aplicação de escala de Borg; • Realização e adequação de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação específicos para cada situação e validação dos mesmos com a enfª cooperante; • Mobilização de conhecimentos e realização de 	<p>Mestrando</p> <p>Enfª Cooperante</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Pessoa</p> <p>Família</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

<p>saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.3 - Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p>	<p>ensino/instrução/treino das técnicas de intervenção de enfermagem de reabilitação ao nível da reabilitação a pessoas com necessidade de cinesiterapia respiratória, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática; • técnicas de reeducação costal e diafragmática, com aberturas costais globais, com bastão ou selectivas; • técnicas de correção postural e das deformações torácicas; • técnicas de tosse (assistida ou dirigida); • técnicas de conservação de energia; • técnicas de relaxamento através do controlo da respiração e posicionamento <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação dos resultados obtidos através das intervenções de enfermagem de reabilitação e discussão dos mesmos com a pessoa/família e com a enf^a cooperante e se necessário reajustar o plano de cuidados; • Registo das intervenções e resultados obtidos dos cuidados de enfermagem de reabilitação no processo da pessoa. 		
---	--	--	--

OBJETIVO ESPECÍFICO: Capacitar a pessoa/família com necessidades de intervenção do enfermeiro de reabilitação para a independência no autocuidado, no domicílio

UNIDADES DE COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES PLANEADAS	INTERVENIENTES	MOMENTO
J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de fatores facilitadores e dificultadores para a realização das atividades de vida diária e necessidades de formação, no domicílio, nomeadamente na eliminação de barreiras arquitetónicas existentes no domicílio; ▪ Preparação de um plano de atividades no domicílio adequando os ensinamentos a cada situação específica (atividade física, estilos de vida saudáveis); ▪ Orientação na aquisição de produtos de apoio, de modo a facilitar o processo de integração no domicílio. 	Mestrando Enf ^a Cooperante Equipa multidisciplinar Pessoa Família	Ao longo do estágio
J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.			

OBJETIVO ESPECÍFICO – Colaborar enquanto agente formador e gestor com a equipa de enfermagem, em novas estratégias de intervenção, visando a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem específicos de reabilitação

UNIDADES DE COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES PLANEADAS	INTERVENIENTES	MOMENTO
<p>B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.</p> <p>C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realização de um levantamento das necessidades sentidas pela equipa de enfermagem; Consulta dos vários documentos existentes na UCC do Entroncamento para registo das avaliações e intervenções do Enfermeiro de Reabilitação; Colaboração com a enf^a cooperante da necessidade de otimizar um instrumento de registo dos cuidados de enfermagem de reabilitação, que se julgue o mais adequado para a continuidade da sua aplicação na UCC do Entroncamento; Partilha e discussão de experiências com a enf^a cooperante e equipa multidisciplinar no sentido de esclarecimento de dúvidas e permitir momentos de reflexão sobre atividades desenvolvidas e sua adequação; Realização de uma sessão de formação sobre massagens terapêuticas. 	<p>Mestrando</p> <p>Enf^a Cooperante</p> <p>Equipa multidisciplinar</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

CONCLUSÃO

A elaboração do presente projeto de estágio constitui-se como um guia de orientação e suporte na aquisição e consolidação de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento de competências do enfermeiro de reabilitação.

Para evitar correr o risco de os objetivos não se tornarem atingíveis, este plano é realizado de forma precisa e clara, para que os objetivos propostos sejam o mais realista possível.

Importa referir ainda que o planeamento das atividades é flexível, podendo ser alterado de acordo com as necessidades sentidas.

Com ele vai ser possível avaliar as necessidades de aprendizagem vivenciadas em ensino clínico, o que permite estruturar um conjunto de atividades que venham suprir essas mesmas necessidades e assim possibilitar um melhor desempenho ao nível dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação na comunidade.

Segundo HOEMAN (2000), a comunidade deve ser encarada como o principal local de tratamento onde as pessoas geram os seus cuidados e atividades diárias. O enfermeiro de reabilitação na comunidade assume cada vez mais importância, na medida que este avalia, planeia, executa e reavalia cuidados específicos tendo em conta a realidade que a pessoa encontra no seu meio familiar, examinando quais as suas limitações, adaptando e modelando o ambiente a essas mesmas limitações.

Segundo o REGULAMENTO nº 125/2011 da ORDEM DOS ENFERMEIROS, o enfermeiro de reabilitação, perante a singularidade da pessoa, deve conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação específicos, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas, para que desta forma, possa concentrar a sua intervenção na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas nas famílias e na comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- HOEMAN, Shirley P. (2000) **Enfermagem de Reabilitação – aplicação e processo de Reabilitação**, Loures - Lusociência, Loures, 2ª edição, 787 p, ISBN 972-8383-13-4
- PORTUGAL (2011). REGULAMENTO nº 122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista / DR n 35, 2ª série, 18 de Fev;
- PORTUGAL (2011). REGULAMENTO nº 125/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação / DR n 35, 2ª série, 18 de Fev.

**ANEXO – IV PANFLETO – EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO PARA PESSOA COM
LESÃO VERTEBRO-MEDULAR**

ANEXO – IV PANFLETO – EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO PARA PESSOA COM LESÃO VERTEBRO-MEDULAR

PESSOA COM LESÃO VERTEBRO-MEDULAR



A pessoa com lesão vertebro-medular experiencia dificuldades na realização das suas actividades de vida diária (AVD), dependendo do nível de lesão e extensão que teve, como por exemplo, tomar banho, vestir-se ou lavar a loiça. Essa lesão pode ser devida a trauma, doença ou por alterações congénitas.

Um dos passos importantes na reabilitação da pessoa com lesão vertebro-medular para a promoção da sua independência nas AVD, consiste no ganho/manutenção da postura corporal, através de exercícios

de equilíbrio, o que pode permitir um aumento significativo da qualidade de vida.

Assim, o objectivo do presente panfleto é fornecer a pessoa com lesão vertebro-medular orientações acerca dos exercícios que pode realizar em casa, que permitem manter sua funcionalidade de forma consciente e independente.

Em caso de dúvidas pode sempre
contactar a/o enfermeira/o e
expor as suas questões

SRA
1ª ESQ

Telefone: 21460360

Realizado por:
Enf. Juliano Branco
Estudante estagiário do IIº Curso de Mestrado
em Enfermagem de Reabilitação da ESSS

Orientação da Enfermeira Especialista:
Marta Alves



EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO PARA PESSOA COM LESÃO VERTEBRO- MEDULAR

Serviço de SRA 1ª ESQ

ORIENTAÇÕES E EXERCÍCIOS

EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO SENTADO ESTÁTICO

- Comece por ter noção sobre as várias partes do seu corpo.
- Deverá realizar os exercícios com ajuda de outra pessoa, para reduzir o risco de queda enquanto não tiver equilíbrio do tronco.



• Sempre que estiver cansado, pare e descanse.

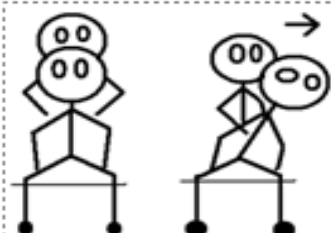
• Numa 1ª fase deve procurar manter-se sentado com as costas direitas, com os pés bem assentes no chão, sem inclinação para os lados.

- O seu parceiro deverá colocar-se atrás e próximo de si, retirando gradualmente o apoio nos ombros até conseguir estabilizar-se.
- No caso de haver tremores ou incapacidade de manter a postura direita deve procurar corrigir a postura para manter o equilíbrio.

EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO SENTADO DINÂMICO/COM AJUDA

- Após manter a posição de sentado, irão ser provocados desequilíbrios com ajuda de alguém para encontrar a sua resposta ao equilíbrio.

- O movimento para desequilibrar deve ser realizado para o lado onde tem mais dificuldades, para que corrija para o outro lado (ex: se se inclina para a esquerda, empurra-se para a esquerda para se equilibrar para direita).



- Os "empurrões" devem ser lentos e vão aumentando de intensidade para se adaptar.
- De costas direitas e braços esticados e afastados do tronco, mantenha esta posição.

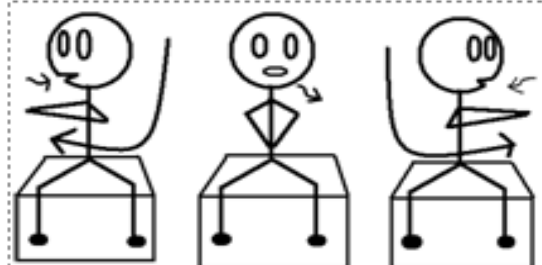
- O seu parceiro irá empurrá-lo de forma suave, nos ombros, nas mãos para tentar desequilibrá-lo, devendo resistir a estes movimentos. Se se sentir confortável poderá realizar este exercício de olhos fechados.

**EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO SENTADO DINÂMICO/SEM AJUDA**

- Os seguintes exercícios deverão ser feitos por si, com movimentos das pernas e braços. O seu parceiro poderá ajudá-lo a forçar um pouco na posição final.
- Sente-se de costas direitas e sem apoiar os pés no chão, com os braços entrelaçados à altura do ombro, procure elevar os braços para cima enquanto inspira pelo nariz e de seguida, baixe os braços até a posição inicial, libertando o ar pela boca.



- Mantendo as costas direitas, os braços à altura do ombro e sem apoiar os pés, leve os braços para um lado rolando o tronco e inspire.
- Regresse ao centro expirando. Volte a realizar o mesmo para o outro lado inspirando, para novamente regressar ao centro, mantendo os braços à altura dos ombros.



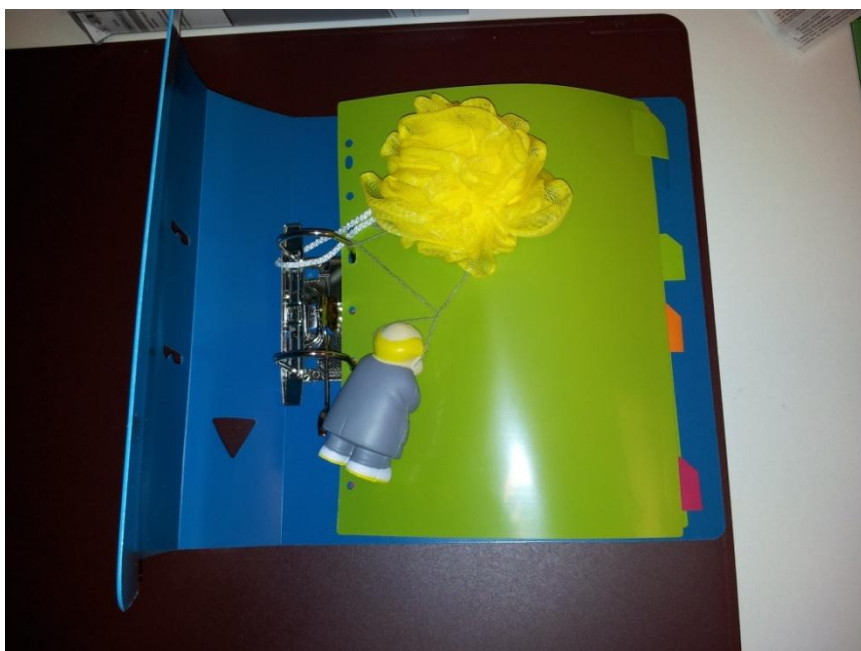
**ANEXO – V PROTÓTIPO DE TREINO DO AUTOCUIDADO
VESTIR-SE/DESPIR-SE**

ANEXO – V PROTÓTIPO DE TREINO DO AUTOCUIDADO VESTIR-SE/DESPIR-SE



ANEXO – VI PROTÓTIPO DE ESTIMULAÇÃO DAS SENSIBILIDADES

ANEXO – VI PROTÓTIPO DE ESTIMULAÇÃO DAS SENSIBILIDADES





ANEXO VII – LIMITADORES DE PESQUISA

ANEXO VII – LIMITADORES DE PESQUISA

Os limitadores de pesquisa definidos para as bases de dados selecionadas foram os seguintes (Tabela III – Tabela limitadores de pesquisa):

Tabela III – Tabela de limitadores de pesquisa

Bases de dados	Limitadores
	- texto completo - março de 2008 até março de 2013
CINAHL Plus with Full Text	- Resumo disponível - qualquer autor é enfermeira - prática baseada na evidência - faixa etária: aged, 65 and over - texto completo em PDF
MEDLINE with Full Text	- Resumo disponível - relacionado à idade: aged, 65 and over
Nursing & Allied Collection: Comprehensive	- Texto completo em PDF

ANEXO VIII – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ARTIGOS

ANEXO VIII – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ARTIGOS

Os critérios pré-definidos de inclusão e exclusão dos artigos são os seguintes (quadro IV – critérios de inclusão e exclusão de artigos):

Tabela IV – Tabela de critérios de inclusão/ exclusão para seleção dos artigos a estudar.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Artigos publicados cuja população alvo seja indivíduos de ambos os sexos, com idades igual ou superiores a 65 anos e suas famílias.	Excluídos artigos publicados cuja população alvo seja indivíduos de ambos os sexos, com idade inferior a 65 anos.
Artigos publicados entre março de 2008 a março de 2013.	Artigos publicados com data anterior a março de 2008;
Artigos que abordem as intervenções de enfermagem no processo de reabilitação da pessoa com AVC e família.	Artigos que não abordem as intervenções de enfermagem de reabilitação da pessoa com AVC e família.
Artigos em língua portuguesa ou inglesa.	Artigos em outras línguas sem ser portuguesa ou inglesa.

**ANEXO IX - Tabela V – Tabela de resultados das conjugações possíveis
de descritores**

ANEXO IX - Tabela V – Tabela de resultados das conjugações possíveis de descritores

Para melhor esquematizar a pesquisa efetuada, foi atribuído um número a cada descritor selecionado, de acordo com a hierarquização dos mesmos. Desta forma, as correspondências são as seguintes:

1 – Nurs*

2 – Rehabilitation

3 – Caregiver

4 – Stroke

No quadro seguinte (Tabela V) estão os resultados obtidos após as conjugações possíveis dos descritores:

Tabela V – Tabela de resultados das conjugações possíveis de descritores

Conjugação dos descritores	N.º de Artigos (total das bases de dados)
1+2	2019
1+3	1172
1+4	654
2+3	241
2+4	1400
3+4	111
1+2+3	88
1+2+4	227
1+3+4	60
2+3+4	72
<u>1+2+3+4</u>	<u>33</u>

ANEXO X – Análise artigo “**Best Practices for Stroke Patient and Family Education in the Acute Care Setting: A Literature Review**”

Quadro I – Análise do artigo “Best Practices for Stroke Patient and Family Education in the Acute Care Setting: A Literature Review”

Titulo	Best Practices for Stroke Patient and Family Education in the Acute Care Setting: A Literature Review
Ano	2013
Autor	Vanessa Cameron
Objetivos	Reconhecer as estratégias de promoção da saúde em pessoas em situação de AVC e família
Método	Revisão da literatura
Conteúdos	<p>Após um AVC, as pessoas e as famílias enfrentam muitas mudanças, sejam elas a nível físico, psicológico e emocional. Torna-se imperativo que o enfermeiro consiga promover a educação para a saúde, mobilizando técnicas e recursos, de forma a preparar as pessoas com AVC e a família para o regresso à comunidade.</p> <p>As famílias das pessoas que sobreviveram ao AVC necessitam de informação, apoio e treino específico por parte do enfermeiro, que devem ser compreendidos por todas as pessoas que estão envolvidas no cuidar da pessoa com AVC, no sentido poder intervir nas sequelas que o AVC acarreta e de reduzir complicações. Os elementos da família também poderão necessitar de informação adequada sobre fatores de stress e de situações do cuidar que poderão de enfrentar, durante o regresso a casa da pessoa com AVC enquanto os papéis de cada elemento da família são alterados.</p> <p>Para tal, o conhecimento prévio sobre as crenças e sobre aquilo que as pessoas e as famílias pensam acerca da doença, contribui para que o enfermeiro possa compreender a sua perspetiva e desta forma, poder realizar diagnósticos e planos de cuidados individualizados e adequados às necessidades em cada situação.</p> <p>A ênfase dominante da educação para a saúde tem sido o fortalecimento das capacidades das pessoas para controlar a sua saúde, apresentando uma diversidade de escolhas para melhorar a saúde e o bem-estar. Como um conceito e um conjunto de estratégias práticas, a educação para a saúde permite às pessoas agirem e exercerem controlo sobre os determinantes de saúde e assim, melhorar a sua saúde. Isto implica o reforço das competências e capacidades das pessoas, família e/ou comunidade.</p>

	<p>CAMERON (2013) refere que existe três áreas de atuação que o enfermeiro deve ter em conta na educação para a saúde sendo elas: prevenção, tratamento e promoção do autocuidado. A prevenção inclui a informar a pessoa sobre os fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC e explicar a relação existente entre os fatores de risco, como por exemplo a hipertensão e a diabetes. O tratamento implica dar conhecer a fisiopatologia da doença, opções de tratamento bem como a importância da adesão terapêutica. Após a compreensão da doença e sobre o seu tratamento, o enfermeiro poderá promover o autocuidado da pessoa no sentido de adotar comportamentos adaptativos face as necessidades sentidas pela mesma. Uma educação eficaz à pessoa e família providencia uma base para o autocuidado o que pode prevenir complicações, melhorar a qualidade de vida e reduzir o número de internamentos e custos relacionados.</p> <p>Uma das sequelas de AVC que a autora menciona é a afasia, que é caracterizado no artigo como um distúrbio de comunicação que prejudica a habilidade de uma pessoa em processar a linguagem, não afetando a inteligência. A pessoa com afasia pode ter dificuldade em falar e compreender os outros ou mesmo em ler e escrever. Segundo esta autora, o uso de frases simples, a repetição, o encorajar a pessoa a falar, o reforço positivo e o uso de imagens são algumas das intervenções que o enfermeiro pode utilizar na educação para a saúde da pessoa.</p> <p>Outro dado que a autora consta na sua revisão foi o facto de a grande maioria das pessoas que sofreram AVC tinham mais de 65 anos de idade. No seu artigo, a autora refere que as pessoas mais idosas, têm estilos de aprendizagem diferentes, quer devido as suas capacidades de cognição, percepção ou memória, o que leva a formas diferentes de intervenção por parte do enfermeiro. Em primeiro lugar, as intervenções devem ir ao encontro com as expectativas da pessoa e sua família, o que muitas vezes envolve a manutenção da independência tanto quanto possível, enquanto assegura em manter o ambiente seguro. Em segundo, deve-se adequar a linguagem e a quantidade de informação a providenciar face as necessidades sentidas pela pessoa e família.</p> <p>A autora ainda refere que o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada na educação para a saúde à pessoa e sua família. O desenvolvimento de competências da família traz implicações para os</p>
--	--

	<p>cuidadores, que são considerados parceiros de cuidados e também responsáveis pelas tomadas de decisão. Segundo esta autora, as intervenções de enfermagem de reabilitação devem centrar-se mais no aconselhamento e orientação mas também no apoio à prestação de cuidados, onde a presença do enfermeiro pode proporcionar sentimentos de segurança, disponibilidade e conforto, enfatizando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informação/formação sobre o processo envelhecimento, da doença e as suas fases; - Manutenção uma comunicação efetiva com a pessoa, mesmo que esta seja muito repetitiva; - Criação de um plano habitual de rotinas; - Manutenção de um ambiente seguro adequado; - Orientação sobre produtos de apoio e equipamentos adaptativos, - Orientação sobre os recursos em situação de urgência, - Orientação para as alterações de memória e importância da estimulação cognitiva - Promoção da participação familiar no cuidado, - Orientação para necessidade de vigilância de saúde, - Orientação para a gestão adequada da terapêutica, - Orientação para a importância da manutenção dos contactos sociais, - Identificação métodos e técnicas de ensino/aprendizagem mais adequadas às necessidades dos cuidadores, - Treino sobre a prestação de cuidados (higiene, alimentação e hidratação, mobilização, posicionamento, prevenção de úlceras, estimulação física e psicológica); - Promoção da adoção de estratégias promotoras da autonomia e independência, - Identificação precoce de fatores predisponentes de sobrecarga, etc. <p>Quando a família não se sente motivada em colaborar ativamente na prestação de cuidados à pessoa, todo o processo de recuperação da pessoa é condicionado. Torna-se então importante que o enfermeiro de reabilitação seja capaz conhecer as crenças, expectativas e preocupações de forma a poder realizar diagnósticos e planos de cuidados individualizados e adequados às necessidades em cada situação e transmitir à pessoa e a família sentimentos de confiança de forma as mesmas não se sentem neste processo.</p>		
Artigo nº1	Nível de evidência - V	Tipo de estudo - Qualitativo	

ANEXO XI – Análise artigo – **“Effect of stroke on family carers and family relationships”**

Quadro II – Análise do artigo “Effect of stroke on family carers and family relationships”

Titulo	Effect of stroke on family carers and family relationships
Ano	2011
Autor	Gillespie D, Campbell F
Objetivos	Compreender os efeitos que o AVC exerce na família e identificar intervenções de apoio à pessoa com AVC e família durante o período de adaptação.
Método	Revisão da literatura
Conteúdos	<p>Os efeitos que o AVC acarreta para a família são significativos. Os membros da família podem encontrar dificuldades na adaptação aos novos papéis familiares e de cuidadores e aqueles que são mais próximos à pessoa que teve o AVC, geralmente são os que se sentem mais dificuldades em se adaptar.</p> <p>Os primeiros dias após a ocorrência do AVC podem gerar situações de aflição e preocupações para a família. Geralmente o AVC ocorre de forma súbita e as famílias experimentam sensações de ansiedade e de insegurança face àquilo que o futuro lhe reserva. A falta de informação, de apoio e de recursos pode traduzir-se em sentimentos de insatisfação por parte da família na prestação de cuidados à pessoa com sequelas de AVC.</p> <p>Estes autores referem que o dispêndio de tempo e de energia para cuidar da pessoa com AVC pode levar à perda da vida profissional e social. O sentimento da perda de liberdade é muitas vezes vivenciado pelos familiares o que leva à perda de atividades que lhes dão prazer e podem sentir-se egoísmos e remorsos por quererem desfrutar da vida social.</p> <p>Outro sentimento levantado pelos autores constataram no artigo é a depressão, que assume uma relação direta entre a pessoa com AVC e os familiares. Estes autores referem que os cônjuges têm uma maior tendência em sofrer depressão devido à perda da intimidade à medida que se passa de uma relação de parceria afetiva para uma relação de prestação de cuidados de alguém dependente ao longo do tempo. Não é de surpreender a interrupção da vida social ocorre uma vez que os membros da família costumam passar longas horas na prestação de cuidados para a satisfação das atividades de vida diária onde as médias</p>

	<p>relatadas em estudos comunitários encontrados por estes autores variavam entre as quatro a catorze horas por dia.</p> <p>Para além da componente física e social que acarreta durante a prestação de cuidados à pessoa após o AVC, estes autores referem ainda que as famílias podem sentir-se imponentes relativamente no apoio psicológico e emocional, devido à perda de habilidades cognitivas, comportamentais e comunicação após o AVC, criando-lhes receio em deixar a pessoa sozinha em casa.</p> <p>Estes autores referem ainda que apesar de ser essencial os enfermeiros de reabilitação se centrarem mais as suas intervenções nas necessidades da pessoa em situação de AVC, a família não deve ser descurada de cuidados especializados pois podem conduzir-se ao isolamento familiar e de amigo devido à ruptura social.</p> <p>Os autores referem que embora a família possa vivenciar sentimentos negativos face a pessoa com AVC, vários estudos apontam para o fortalecimento de relações no seio familiar, o aumento do conhecimento em cuidar da saúde individual e adoção de estilos de vida mais saudáveis bem como o reconhecimento ou a apreciação da vida.</p> <p>Um bom funcionamento familiar e uma boa estrutura de suporte desempenham um papel importante no processo de recuperação, em que o enfermeiro de reabilitação deve assegurar que a pessoa e sua família adquirem as competências necessárias para poderem lidar com as várias situações do dia-a-dia. Além de providenciar uma intervenção especializada e individualizada à pessoa com AVC, o enfermeiro de reabilitação deve também, fornecer informação, treino e o acompanhamento adequados à família, encorajando-a na participação nos cuidados de saúde e expressão de sentimentos e receio.</p> <p>Quando os elementos da família não se encontram preparados em assumir novos papéis, pode levar mau funcionamento no seio familiar. É fundamental que o enfermeiro tenha em consideração as diferentes necessidades das pessoas nas várias fases de internamento, planeamento de alta e regresso efetivo ao domicílio.</p>	
Artigo nº2	Nível de evidência - V	Tipo de estudo - Qualitativo

ANEXO XII – Quadro III – Análise artigo “Informal primary carers of stroke survivors living at home – challenges, satisfactions and coping: A systematic review of qualitative studies”

Quadro III – Análise artigo “Informal primary carers of stroke survivors living at home – challenges, satisfactions and coping: A systematic review of qualitative studies”

Titulo	Informal primary carers of stroke survivors living at home – challenges, satisfactions and coping: A systematic review of qualitative studies
Ano	2008
Autor	Nan Greenwood, Ann Mackenzie, Geoffrey C. Cloud & Nikki Wilson
Objetivos	Analisar estudos qualitativos desde da última década que focam em experiências da família no cuidar de pessoas em situação de AVC e identificar os desafios, satisfações e estratégias mais utilizadas.
Método	<p>Revisão da literatura de estudos qualitativos identificados nas bases de dados de 1996-2006 em artigos de medicina, enfermagem e psicologia sobre as experiências da família no cuidar de pessoas em situação de AVC. Foram selecionados 17 estudos de várias localidades (Estados Unidos da América, Inglaterra, Escócia, Austrália e Hong Kong e Tailândia) e o método de colheita de dados utilizados foi a entrevista.</p> <p>Estes autores tiveram que adaptar dois sistemas de classificação que incluía a maioria dos critérios relevantes de avaliação, pois referem que não existe uma única escala de avaliação qualitativa publicada que se adaptasse para esta análise daí terem concebido uma especificamente para este artigo.</p> <p>A escala é de 0-11 e quanto maior a pontuação, maior é o número de elementos qualitativos avaliados pelos autores.</p> <p>Os principais detalhes analisados em cada estudo incluíam detalhes de autor, amostragem, método, o tamanho da amostra, o objetivo de pesquisa, temas focado, período da colheita de dados, os dados analisados e conclusões retiradas relativas aos desafios, satisfações e mecanismos de coping utilizados pelos familiares no cuidar de pessoas em situação de AVC.</p>
Conteúdos	<p>Num contexto atual onde os serviços de saúde se têm vindo a reestruturar, o papel dos cuidadores informais tem vindo a tornar-se cada vez mais proeminente e a prestação de cuidados no domicílio tem vindo a ser acriticamente aceite como benéfico para todos.</p> <p>Os membros da família têm um papel determinante em proporcionar um regresso a casa adequado e de providenciar a continuidade de cuidados da pessoa idosa com AVC. No entanto, a transferência de</p>

	<p>conhecimentos, técnicas e cuidados de saúde para a família cuidadora precisa de ser acompanhada com uma clara noção do apoio que os cuidadores necessitam.</p> <p>Ao contrário de estudos quantitativos anteriores realizados, o foco da desta revisão sistemática qualitativa é a análise das experiências e os sentimentos vivenciados pelos familiares e não das pessoas em situação de AVC.</p> <p>Dos vários estudos analisados, os autores constataram que os cuidadores informais eram maioritariamente do sexo feminino com idades compreendidas entre os 20 e os 80 anos de idade.</p> <p>Os desafios e as necessidades mais comuns encontrados nos estudos reportavam à educação e preparação dos cuidadores informais como por exemplo, prevenção de futuros AVC e treino adequado e individualizado a cada situação. Necessidades de apoio emocional dos cuidadores informais também foram mencionadas nos vários estudos. Stress, angústia, sensação de perda de liberdade e isolamento social, sentimentos de desvalorização pessoal bem como o medo de ocorrência de futuro AVC foram os problemas mais comuns relatados pelos cuidadores informais nos vários estudos.</p> <p>A aproximação de relações familiares, o orgulho, a satisfação de poder cuidar de alguém e a sensação de bem-estar consequente, bem como o reconhecimento daquilo que é mais importante, foram os aspetos positivos mais identificados pelos cuidadores informais.</p> <p>Quanto às estratégias de coping, apesar de não haver muitos estudos que evidenciavam as mais adotadas pelas famílias, os autores verificaram que as famílias tendem a procurar por pedir ajuda e informação especializada.</p>	
Artigo nº3	Nível de evidência – V	Tipo de estudo - Qualitativo